

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

RITA DE CÁSSIA DE JESUS MELO

O CUIDADO NEONATAL NA SIGNIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

RIO DE JANEIRO

2016

RITA DE CÁSSIA DE JESUS MELO

**O CUIDADO NEONATAL NA SIGNIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS
DE ENFERMAGEM DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial ao grau de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra Ivis Emília de Oliveira Souza

Rio de Janeiro

2016

CIP - Catalogação na Publicação

J528c JESUS MELO, RITA DE CÁSSIA DE
O cuidado neonatal na significação dos profissionais de enfermagem de unidade de terapia intensiva / RITA DE CÁSSIA DE JESUS MELO. -- Rio de Janeiro, 2016.
172 f.

Orientadora: IVIS EMÍLIA DE OLIVEIRA SOUZA.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

1. CUIDADO NEONATAL. 2. TERAPIA INTENSIVA. 3. ENFERMAGEM. I. OLIVEIRA SOUZA, IVIS EMÍLIA DE, orient. II. Título.

**O CUIDADO NEONATAL NA SIGNIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

RITA DE CÁSSIA DE JESUS MELO

Tese submetida à Banca Examinadora da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em 08 de dezembro de 2016 por:

Dr^a Ivis Emília de Oliveira Souza
Professora Titular
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ – RJ

Dr^a Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues
Professora Titular
Faculdade de Enfermagem da UERJ/ UERJ – RJ

Dr^a Inês Maria Meneses dos Santos
Professora Associada
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Dr^a Cristiane Cardoso de Paula
Professora Adjunta
Universidade Federal de Santa Maria

Dr^a Elisa da Conceição Rodrigues
Professor Adjunto 3
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dr^a Isabel Cristina dos Santos Oliveira
Professora Associada Nível 4
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dr^a Karla Araújo do Espírito Santo Pontes
Enfermeira Tecnologista Pleno
Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à equipe de enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal dos Hospitais Universitários do Rio de Janeiro, por possibilitar compreender as nuances do cuidado neonatal.

Há pessoas que espalham a luz por onde passam, trazem paz, alegria e força no olhar. No céu, recebem nome de anjos, aqui eu chamo de Professora Doutora Ivis Emília de Oliveira Souza.

AGRADECIMENTOS

- ❖ *A Deus, muitas graças por ser o âmago do meu Ser que, como ente, vive a facticidade da existencialidade e por vezes decai... Obrigada por reconduzir-me a ser-eu-mesma quando me torno alheia às minhas possibilidades.*
- ❖ *Aos meus pais, Joaquim Melo e Luiza M. de Jesus Melo, pelos ensinamentos desde menina, incentivando a busca pelo conhecimento, mostrando-me que as possibilidades estão sempre à mão, que basta lutar e alcançá-las. Aqui estou!*
- ❖ *A minha irmã Nina e meus sobrinhos Yan e Tainá, que com-partilharam o cuidado do papai e da mamãe, possibilitando assim, momentos de ausência para construção da tese.*
- ❖ *Aos meus filhos, Karenn e Juann, amores da minha vida, obrigada por entenderem os limites do tempo de convivência e o estresse por vezes descarregado. Amo vocês!*
- ❖ *Ao Marcos, companheiro sempre presente, parceria incondicional, pelo estímulo, pelos momentos de entendimento filosófico, pela colaboração com a informática, por tentar compreender meu modo-de-ser.*
- ❖ *À minha querida orientadora Professora Doutora Ivis Emília de Oliveira Souza que, desde o início da minha trajetória acadêmica, compreendeu-me e confiou em minhas possibilidades. Que me conduziu no caminho da fenomenologia como modo-de-ser e estar-no-mundo. Em sua solicitude, apoiando, escutando, concordando, discordando, com-vivendo, foi mais que mestre, foi amiga. Obrigada.*
- ❖ *Aos participantes do estudo, pela disponibilidade no cotidiano da UTIN. Obrigada!*
- ❖ *À Escola de Enfermagem Anna Nery, por me acolher mais uma vez, possibilitando o compartilhar com excelente corpo acadêmico.*
- ❖ *Às instituições-cenário da pesquisa, na pessoa dos seus gestores, por possibilitarem, a realização do estudo.*
- ❖ *Aos membros da Banca, professoras doutoras Benedita M.R.D.Rodrigues, Inês M.M. dos Santos, Cristiane C.de Paula, Elisa da C. Rodrigues, Isabel C. S. Oliveira e Karla A.E.S. Pontes, pela disponibilidade, participação, compreensão e colaboração nas etapas de defesa do projeto, qualificação e, finalmente, da Tese.*
- ❖ *Aos meus colegas da turma de doutorado, pela colaboração, troca de informações, encorajamento, parceria durante esses anos. Foi muito bom compartilhar com vocês!*
- ❖ *Às minhas colegas “feno”, pela convivência em cursos e orientações, pelas cooperações e trocas proveitosas. Sucesso!*

- ❖ *Às minhas amigas “Trip” - Elena e Ana Luiza, companheiras desde o mestrado, pela força, pela presença em todos os momentos, organizando, fotografando, cuidando.*
- ❖ *À Professora Doutora Maria Aparecida de Moura, pelas orientações quando da submissão do projeto à Plataforma Brasil.*
- ❖ *À Sr^a Fátima, secretária do CEP, pela ajuda a cada demanda oriunda do projeto, pela sua disponibilidade, meu muitíssimo obrigado.*
- ❖ *Às secretarias do Programa de Pós-Graduação EEAN - Sr^a Sonia e a Srt^a Cinthia, pela solicitude com que sempre atenderam minhas dúvidas e solicitações.*
- ❖ *Às amigas “Forever”, “Diretoria” e demais grupos de amigos que fazem parte do meu mundo cotidiano, por compreender minha ausência nos diferentes momentos. Sei que, embora não estivesse presente, estava próxima de cada um de vocês. O apoio foi imprescindível.*
- ❖ *Às amigas fisioterapeutas, Simone Batista e Claudia, por cuidarem de mim, especialmente da minha mão, aplicando seus conhecimentos que me possibilitaram a recuperação para aqui chegar.*
- ❖ *Às pessoas que não acreditaram que eu pudesse chegar até aqui, que foram pedras em meus caminhos. Obrigada, pelo desafio, por terem sido degraus para superar e romper os obstáculos.*

*NENHUMA ÉPOCA SOUBE TANTAS E TÃO DIVERSAS COISAS DO HOMEM COMO A
NOSSA. MAS EM VERDADE, NUNCA SE SOUBE MENOS O QUE É O HOMEM.*

MARTIN HEIDEGGER, 2012

RESUMO

MELO, Rita de Cássia de Jesus. O cuidado neonatal na significação dos profissionais de enfermagem de unidade de terapia intensiva. Rio de Janeiro, 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2016.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) apresenta um modelo biomédico e hegemônico de cuidar. O cuidado neonatal nessas unidades se desenvolve envolto em paradoxos que se constata cotidianamente. Para a enfermagem se impõe refletir a cerca da natureza do cuidado que é essencial no fazer profissional, sendo a categoria que no ambiente das UTIN está mais próxima do bebê e de sua família. Estudo de natureza qualitativa, fundamentado na abordagem teórico-metodológica da fenomenologia heideggeriana, com objetivo de desvelar o sentido do cuidado neonatal significado pelos profissionais de enfermagem no cotidiano da UTIN. O estudo foi aprovado sob o nº 029947/2015 da Instituição Proponente. Foram cenários 04 UTIN dos Hospitais Universitários do Estado do Rio de Janeiro. Participaram da entrevista fenomenológica 59 profissionais de enfermagem. A análise compreensiva possibilitou a construção de cinco unidades de significação que constituíram o fio condutor do conceito do cuidado neonatal. *Para os profissionais da equipe de enfermagem da UTIN, o cuidado neonatal é sistematizado, especializado, específico, criterioso, rigoroso, organizado, essencial, minucioso, humanista, fascinante, técnico, em evolução, vinculado ao ensino constante, à atualização e extensivo à família. É um lidar com a vida e com a morte que mexe com o emocional, gerando estresse, desgaste e cansaço. Embora seja um trabalho em equipe, ainda é mais multiprofissional que multidisciplinar e, por vezes, fragmentado. É uma prática assistencial gratificante desenvolvida com carinho, atualmente mais fundamentada e com protocolos, exige atenção, depende de cada um e de todos. Requer mesclar conhecimentos para ver o recém-nascido como um todo. Exige competência, conhecimento científico, aperfeiçoamento teórico-prático. Esse cuidado quando desenvolvido em unidade pública é considerado pelas condições de infraestrutura.* Os profissionais revelaram um significado primariamente voltado ao caráter de predominância do processo de origem do modelo assistencial das UTIN no que concerne ao aporte técnico conjugado às referências das ações determinadas por normas e manuais implementados nesse cenário. A análise interpretativa desvelou o sentido do cuidado neonatal numa circularidade ôntico-ontológica como instrumento e fundamento, mostrando-se como um fenômeno relacional sendo temporalidade e solicitude. Como ser de *cuidado*, o profissional da equipe de enfermagem na solicitude, significou uma relação de proximidade e de interesse ao ser-com-o-RN, no modo-de- ser guiado pela paciência, cuida desse bebê por *tempo* indeterminado, pois cada um apresenta características e necessidades inerentes à condição de como chegou ao mundo, de maneira que é um *cuidado* com vista para o futuro. O estudo contribui para o entendimento da dimensão temporal do *cuidado* na relação de ser-com no modo de ocupação e preocupação, presente em ações cotidianas realizadas junto ao RN, família e profissionais.

Palavras chave: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Cuidado, Fenomenologia.

ABSTRACT

MELO, Rita de Cássia de Jesus. Neonatal care in the meaning of nursing professionals of the intensive care unit. Rio de Janeiro 2016. Thesis (doctorate in nursing), Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro. 2016 Cuidados neonatais no sentido de profissionais de enfermagem da unidade de terapia intensiva

The Neonatal Intensive Care Unit (NICU) presents a biomedical and hegemonic model of caring. Neonatal care in these units develops surrounded by paradoxes that are verified daily. For nursing it is necessary to reflect about the nature of the care that is essential in the professional doing, being the category that in the NICU environment is closer to the baby and his family. This is a qualitative study, based on the theoretical-methodological approach of Heideggerian phenomenology, aiming at unveiling the meaning of neonatal care meant by nursing professionals in the daily life of the NICU. The study was approved under No. 029947/2015 of the Proponent Institution. There were scenarios 04 NICUs of the University of the State of Rio de Janeiro's Hospitals. Fifty-nine nursing professionals participated in the phenomenological interview. Comprehensive analysis made it possible to construct five units of meaning that were the guiding thread of the concept of neonatal care. For the professionals of the nursing team of the NICU, neonatal care is systematized, specialized, specific, judicious, rigorous, organized, essential, meticulous, humanistic, fascinating, technical, evolving, linked to constant teaching, updating and extensive to the family. It is a deal with life and death that moves the emotional, generating stress, wear and fatigue. Although it is a team work, it is still more multiprofessional than multidisciplinary and sometimes fragmented. It is a gratifying care practice developed with affection, currently more grounded and with protocols, it requires attention, it depends on each and everyone. It requires merging knowledge to see the newborn as a whole. It requires competence, scientific knowledge, theoretical and practical improvement. This care when developed in public unit is considered by the infrastructure conditions. The professionals revealed a meaning primarily focused on the predominance character of the process of origin of the NICU care model in relation to the technical contribution coupled with the references of the actions determined by norms and manuals implemented in this scenario. The interpretive analysis revealed the meaning of neonatal care in an ontic-ontological circularity as instrument and foundation, showing itself as a relational phenomenon being temporality and solicitude. As a caretaker, the nursing team professional in care has meant a relationship of closeness and interest to being-with-the-newborn, in the way of being guided by patience, caring for this baby indefinitely, Since each one presents characteristics and necessities inherent in the condition of how it arrived in the world, so that it is a care with a view to the future. The study contributes to the understanding of the temporal dimension of care in the relationship of being-with in the mode of occupation and concern, present in daily actions performed with the newborn, family and professionals.

Keywords: Neonatal Intensive Care Unit, Care, Phenomenology

RESUMEN

MELO, Rita de Cassia de Jesus. El cuidado neonatal en la significación de los profesionales de enfermería de unidad de terapia intensiva. Río de Janeiro, 2016. Tesis (Doctorado en Enfermería), Escuela de Enfermería Anna Nery de la Universidad Federal de Río de Janeiro. 2016

La Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) presenta un modelo biomédico y hegemónico de cuidar. El cuidado neonatal en esas unidades se desarrolla envuelto en paradojas que se constatan cotidianamente. Para la enfermería se impone reflejar la cerca de la naturaleza del cuidado que es esencial en el hacer profesional, siendo la categoría que en el ambiente de las UTIN está más cerca del bebé y de su familia. . Estudio de naturaleza cualitativa, fundamentado en el enfoque teórico-metodológico de la fenomenología heideggeriana, con el objetivo de desvelar el sentido del cuidado neonatal significado por los profesionales de enfermería en el cotidiano de la UTIN. El estudio fue aprobado bajo el n° 029947/2015 de la Institución Proponente. Los escenarios 04 UTIN de los Hospitales Universitarios del Estado de Río de Janeiro. Participaron de la entrevista fenomenológica 59 profesionales de enfermería. El análisis comprensivo posibilitó la construcción de cinco unidades de significación que constituyeron el hilo conductor del concepto del cuidado neonatal. Para los profesionales del equipo de enfermería de la UTIN, el cuidado neonatal es sistematizado, especializado, específico, criterioso, riguroso, organizado, esencial, minucioso, humanista, fascinante, técnico, en evolución, vinculado a la enseñanza constante, a la actualización y extensivo a la familia . Es un trato con la vida y con la muerte que mueve con lo emocional, generando estrés, desgaste y cansancio. Aunque es un trabajo en equipo, sigue siendo más multiprofesional que multidisciplinar y, a veces, fragmentado. Es una práctica asistencial gratificante desarrollada con cariño, actualmente más fundamentada y con protocolos, exige atención, depende de cada uno y de todos. Requiere mezclar conocimientos para ver al recién nacido como un todo. Exige competencia, conocimiento científico, perfeccionamiento teórico-práctico. Este cuidado cuando se desarrolla en unidad pública es considerado por las condiciones de infraestructura.. Los profesionales revelaron un significado principalmente orientado al carácter de predominancia del proceso de origen del modelo asistencial de las UTIN en lo que concierne al aporte técnico conjugado a las referencias de las acciones determinadas por normas y manuales implementados en ese escenario. El análisis interpretativo desveló el sentido del cuidado neonatal en una circularidad onético-ontológica como instrumento y fundamento, mostrándose como un fenómeno relacional siendo temporalidad y solicitud. Como ente de cuidado, el profesional del equipo de enfermería en la solicitud, significó una relación de proximidad y de interés al ser-con-el-recién nacido, en el modo de ser guiado por la paciencia, cuida de ese bebé por tiempo indeterminado, Porque cada uno presenta características y necesidades inherentes a la condición de cómo llegó al mundo, de manera que es un cuidado con vistas al futuro. El estudio contribuye al entendimiento de la dimensión temporal del cuidado en la relación de ser-con en el modo de ocupación y preocupación, presente en acciones cotidianas realizadas junto al recién nacido, familia y profesionales.

Palabras clave: Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, Cuidado, Fenomenología.

LISTA DE QUADROS

QUADRO Nº 1 CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES UNIVERSITÁRIAS

QUADRO Nº2 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DAS UTIN

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
BDP	Displasia Bronco pulmonar
CEPEn	Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem
CPAP	Continuous Pressure Airway Positive – Pressão Contínua Positiva de Vias Aéreas
GC	Grau Completo
G INC	Grau incompleto
IWM	Movimento para saúde da criança
HPIV	Hemorragia Periiintraventricular
HMD	Doença da Membrana Hialina
MS	Ministério da Saúde
NAHRNBP	Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso
NIDCAP	Neonatal Individualized Developmental Care Assessment Program/ Programa de Avaliação do Cuidado do Desenvolvimento Individualizado
PNDM	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Milênio
POP	Procedimento Operacional Padrão
PNH	Política Nacional de Humanização
RLF	Fibroplasia Retrolental
RN	Recém-Nascido
RNPM /RNPT	Recém-Nascido Prematuro/pré-termo
ROP	Retinopatia da Prematuridade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFP	Teste de Função Pulmonar
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization/Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
2. SOLO DE TRADIÇÃO.....	33
2.1 Neonatologia: origem, evolução e tendências.....	33
2.2 Unidades de Terapia Intensiva Neonatal: características e demandas de cuidados	42
2.3 A atuação da equipe de enfermagem no cenário da UTIN.....	46
3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO.....	54
3.1 A Fenomenologia.....	54
3.2 A fenomenologia heideggeriana.....	55
3.2.1 O Cuidado como ser do <i>Dasein</i>	58
4. TRAJETÓRIA METÓDICA	65
4.1 Tipo de estudo.....	65
4.2 Cenário do estudo.....	67
4.3 Participantes do estudo.....	73
4.4 O caminhar na obtenção dos depoimentos.....	74
4.5 Aspectos Éticos da pesquisa com seres humanos	81
5. RESULTADOS	83
5.1 Caracterização dos participantes.....	83
5.2 Análise Compreensiva.....	88
5.2.2 Unidades de significação.....	88
5.3 ENTENDIMENTO MEDIANO E VAGO.....	103
5.4 FIO CONDUTOR	106
6. INTERPRETAÇÃO	109
6.1 Interpretação à luz da fenomenologia heideggeriana	109
6.2 Um diálogo à luz da tradição.....	115
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	133

REFERÊNCIAS	138
APÊNDICES	155
APÊNDICE A	155
APÊNDICE B	157
APÊNDICE C	158
APÊNDICE D	159
ANEXOS	160
ANEXO 1.....	160
ANEXO 2.....	161
ANEXO 3.....	165
ANEXO 4.....	167
ANEXO 5.....	169

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Neste estudo, apresento um pouco de mim, enfermeira com especialização em neonatologia e de cada profissional de enfermagem ao ser-no-mundo¹ no cotidiano do cuidado neonatal.

Ao ser-no-mundo, muito cedo vivenciei o cuidado, quando ainda menina, brincava com as bonecas e as pessoas mais velhas perguntavam-me se eu estava cuidando direitinho das “minhas filhas”. Prontamente, respondia que sim! Cresci e, aos poucos, as bonecas deram lugar ao cuidado dos irmãos, pois sou a primogênita de cinco filhos.

O incentivo à dedicação aos estudos foi característica forte em minha vida: minha mãe sempre orientou que esse era o caminho para o alcance de nossos objetivos. Durante o ensino fundamental e médio, a necessidade de ajudar financeiramente minha família levou-me a cuidar de algumas crianças, cujas mães tinham que trabalhar fora.

A vivência do cuidado infantil despertou-me o desejo de aprofundar conhecimentos na área, o que me estimulou a ingressar no curso de auxiliar de enfermagem e, em seguida, complementar com o técnico de enfermagem.

Ao buscar o primeiro emprego sabia que, inicialmente, não poderia escolher setor específico para atuar: afinal não tinha experiência e o cuidado da criança enferma exigia destreza e preparo especializado. Fui, então, lotada na ala da maternidade de uma unidade privada: uma das funções era auxiliar no aleitamento materno. Mais uma vez, tive oportunidade de contato com o ser-criança, o que favoreceu entender melhor universo² do cuidado à criança. Alguns meses depois, já fazia parte da equipe do berçário³.

Nesse cotidiano assistencial, lançada a inúmeros desafios, aprendi rotinas, adquirir habilidades para realizar importantes procedimentos. Um ano depois, já trabalhava em outras duas instituições públicas, atuando no berçário e em unidade de cirurgia pediátrica. Nessas unidades, aprendi muito, pois adquiri familiaridade com atuação em unidade privada de grande porte, dotada de estrutura tecnológica que atendia às demandas de cuidados

¹ A expressão ‘ser-no-mundo’ refere-se ao ente que nós mesmos somos e implica que, em sendo, estamos sempre junto ao mundo e existimos sempre em um mundo. Isto quer dizer que o homem é ser-em e ser-junto ao mundo (HEIDEGGER, 2012).

² O termo universo foi usado pela autora com o sentido de abrangência de um determinado fenômeno.

³ Unidade hospitalar que se destinava ao período de adaptação extrauterino do RN após o nascimento, ou à manutenção de suporte vital em casos de prematuridades, patologias e intercorrências intraparto.

emergentes. Tais recursos e correspondentes rotinas possibilitam ao profissional aplicar adequadamente os conhecimentos. Por outro lado, nas instituições públicas, embora dedicando igual zelo aos cuidados, tive que adaptar-me às exigências de improvisar, redirecionar condutas e, não raro, fazer escolhas para melhor atender às necessidades dessa clientela específica.

Nessa trajetória, como ser-no-mundo, lançada a possibilidades e desafios, compreendi que devia avançar mais em busca de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades profissionais. Essa consciência impulsionou-se a buscar a graduação em enfermagem, definida como mais um importante passo na compreensão do universo da criança e, principalmente, daquelas carentes de cuidados de enfermagem.

Esse momento coincidiu com o nascimento de minha filha. A magia e os desafios da maternidade, combinados com a premência de dividir o tempo entre o cuidado com um pequeno ser que dependia primordialmente de minha atenção e carinho com os requisitos dos estudos foram valiosos para que eu compreendesse também a condição da mãe que trabalha. O término do curso e as novas oportunidades de inserção profissional trouxeram consigo novas vivências, uma vez que a condição de enfermeira acarreta um sem número de demandas organizacionais e de cuidado.

Como enfermeira, trabalhando na assistência em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), diante da responsabilidade e das singularidades do cuidado nesse ambiente⁴, acompanhando o desenvolvimento científico e tecnológico que ocorre na área da neonatologia, compreendi que era necessário buscar aprimoramento embasado em conhecimentos teóricos e tecno-científicos, para subsidiar as demandas e especificidades emergentes. Foi então que cursei a especialização em enfermagem neonatal e, em seguida, a residência em enfermagem neonatal, em unidade federal hospitalar de referência no município Rio de Janeiro. Essas experiências acadêmicas propiciaram aproximação com a pesquisa em enfermagem, eis que a grade curricular dos cursos exigia realização do trabalho de conclusão de curso (TCC).

Com esse embasamento minha atividade laboral na UTIN passou a ser desenvolvida com maior segurança profissional, não obstante a elevada responsabilidade que os desafios do cuidado acarretassem.

⁴ A palavra ambiente faz referência ao espaço circunscrito para determinado contexto.

Como em outras situações similares, em ambientes caracterizados por elevada tecnologia, o cotidiano de cuidado seguia normas pré-estabelecidas. Essa rotina fez-me pensar na interpretação heideggeriana, que analisa o mundo⁵ como algo no qual tudo já está disponível, as coisas são assim por estarem ali... As relações nem sempre harmoniosas, o imediatismo, as urgências e emergências faziam parte daquele mundo e assim suscitavam uma relação de efemeridade (HEIDEGGER, 2012).

Compreendendo o cuidado em uma dimensão que não se restringe aos procedimentos técnicos, pois requer valorizar as interações, mediante o modo de ser de cada sujeito em sua vivência e experiência cotidianas. Eu sentia a necessidade de pensar e compreender a individualidade singular dos outros que comigo cuidavam na UTIN. Minha intuição me provocava no sentido de conhecer o sujeito de cuidados em seu universo de significações, adentrar e compreender o seu mundo. Tudo isso não tinha receita pronta, nem constava do manual, era necessária aproximação ao *ser* que vivenciava o fenômeno que me inquietava.

Tais contradições do dia-a-dia assistencial, aos poucos, fomentaram perplexidades e questionamentos aos quais, por vezes, não era capaz de responder. No intento de buscar instrumentais teóricos e práticos, voltei ao mundo acadêmico, mediante participação no processo seletivo e matrícula como aluna especial em disciplina eletiva do curso de mestrado. Em paralelo, passei a participar do Núcleo de Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (NUPESC) da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro EEAN/UFRJ.

Os cinco anos seguintes foram de aprendizado, negociações e preparação para a seleção ao mestrado. Nesse período, tive a primeira aproximação à Fenomenologia como opção teórico-filosófica e metodológica para desenvolvimento de estudos em enfermagem. Esse vasto mundo de conhecimentos, embora me atraísse, por sua coerência com meu modo de ver e ser no mundo, ao mesmo tempo, assustava, por julgar-me despreparada para apreendê-la, devido à falta de embasamento teórico em fundamentos da Filosofia e da vertente interdisciplinar da pesquisa. O passo inicial para apreensão dos conceitos e linguagem desse referencial foi a frequência na disciplina de Método Qualitativos de Pesquisa: abordagem fenomenológica cursada mais de duas vezes. As leituras de textos em formas de livros, artigos e trabalhos acadêmicos e discussões em sala de aula, aos poucos

⁵ O termo mundo foi referido no texto no sentido de mundo enquanto espaço de relações existenciais.

sedimentaram a caminhada no mundo da Fenomenologia e sua contribuição para a pesquisa em Enfermagem, cuja natureza não pode ficar restrita a descrições apenas quantitativas, eis que os cuidados são prestados a pessoas humanas, portanto, singulares, em seus significados, visão de mundo e necessidades, em especial quando estão mais vulneráveis, como ocorre com crianças em unidade de cuidados intensivos.

Ao final do Curso de Mestrado em Enfermagem, apresentei a dissertação pautada na abordagem fenomenológica, no intento de desvelar o significado da possibilidade de tocar o filho prematuro na UTIN, para a mãe. O processo investigativo exigiu muitas leituras e releituras, na busca de compreensão do *ser* ao qual o ente se apresentava. Ao dar voz à mãe que não apenas adentrava na UTIN, mas, que requeria cuidados, foi possível conhecer os significados de seus sentimentos, resguardados pela sombra da incerteza, da culpa, do medo, da insegurança e principalmente do desconhecimento de como ser e agir nesse ambiente. Foi preciso ir além das atividades prescritas, determinadas no cotidiano da unidade, e reconhecer o modo ser-com o outro, de tratá-lo com dignidade e respeito, em uma ótica da integralidade e valorização das singularidades. Em paralelo, vivenciei a aprendizagem do ser-com a equipe de enfermagem e com outros profissionais, em uma concepção existencial de cuidado que revela dimensão temporal peculiar e imanente à condição humana ((MELO, 2010; MELO *et.al.* 2012).

Foi possível entender que cuidar em UTIN não se restringe à prestação de procedimentos técnicos de assistência ao RN, pois o processo é subjetivo e sempre individual, exigindo entender igualmente o comportamento materno. Trata-se de cuidado extensivo e de responsabilização que abarca as inter-relações constituídas na dinâmica da atenção em saúde. Essa complexa atitude que, à primeira vista, pode parecer simples ou de menor relevância, não raro, é desconsiderada no cotidiano do cuidado neonatal (MELO *et. al.* 2012, 2013,2014).

Nessa compreensão, coloquei em prática junto à equipe, ações que possibilitasse melhor acolhida e protagonismo à mãe na UTIN. Os resultados desvelados foram apresentados e discutidos em equipe, o que permitiu que alguns profissionais compreendessem melhor as atitudes maternas apresentadas, por vezes, durante a internação de seu filho.

Concomitantemente à atividade assistencial em Neonatologia, continuei a participar das atividades do NUPESC. Esses encontros foram importantes como possibilidade de discussão e de compreensão do desenvolvimento do cuidado à criança e ao adolescente em

diferentes aspectos. Isso também favoreceu o entendimento da aplicabilidade de diferentes abordagens metodológicas nas pesquisas em enfermagem, mediante troca de saberes e práticas entre os membros participantes. Além de proporcionar a vivência colaborativa e participativa na organização de eventos na área de saúde da criança e do adolescente.

Como enfermeira assistencial, percebo ainda certo distanciamento entre o ambiente de cuidado direto em saúde e as práticas intelectuais com o meio acadêmico. Creio que as pesquisas em enfermagem devam partir, principalmente, das vivências e experiências cotidianas e da capacidade de responder às demandas e questões oriundas do processo de cuidar. Para isso, se faz necessário diálogo e compromisso entre os profissionais dos dois ambientes, de modo a proporcionar cuidado pautado em processos validados pela produção científica disciplinar e interdisciplinar tendo em vista fundamentar ações e relações e ampliar horizontes de melhoria da atenção em saúde.

Por sua natureza, o cuidado como modo de ser e agir do homem deve ser entendido em sua cotidianidade, o que implica auto e hetero conhecimento como ser inerente ao mundo em seu fazer e relacionar-se. Ao compor a equipe multiprofissional de uma UTIN e acompanhar o desenvolvimento científico e tecnológico demandado à área, entendo o quanto é importante evidenciar as nuances desse cuidado, que envolve além de aspectos técnicos e tecnológicos, o modo-de-ser no mundo de cada indivíduo envolvido no processo.

Pensar no cuidado neonatal faz necessária uma retrospectiva histórica do interesse pelo cuidado à criança, cujo desenvolvimento traz a evidencia objetivos, propósitos, saberes, e re-construções diferentes em sua temporalidade. Relembrar esse movimento possibilita melhor entendimento de situações, atitudes, detalhes e significados por vezes presentes no cotidiano de cuidado das UTIN.

Mundialmente, ao longo do século XX, o interesse pela criança e por sua saúde evoluiu positivamente. O abandono e a morte considerados de pouca relevância, aos poucos e por razões distintas, passaram a ser encarados com atenção por diferentes nações. A redução populacional por mortes em confrontos, guerras, doenças epidêmicas e envelhecimento, despertou para a necessidade de se buscar formas de cuidar dessa população, até então, negligenciada, o que se refletia na atenção às peculiaridades do ser criança (RODRIGUES, OLIVEIRA 2005; TRAGANTE, *et. al.* 2010, MELO, 2010, COSTA *et. al.* 2010).

O desenvolvimento das ciências da saúde possibilitou avanços no processo de cuidar, abrangendo tanto uma atenção classificada em níveis de promoção da saúde e de prevenção de doença quanto, por consequência, em investimentos de recursos para tratamento, recuperação e reabilitação. Essa compreensão propiciou avanços nas estratégias de acesso e desenvolvimento de práticas orientadas para melhores resultados no cuidado.

No que diz respeito ao recém-nascido, foram marcantes as transformações oriundas do desenvolvimento científico e tecnológico. Gradativamente, despontou o empenho pela preservação da vida de bebês prematuros e doentes. Mesmo antes do surgimento da Neonatologia, como área de conhecimento específica da saúde da criança, há relatos de situações de atendimento especializado aos recém-nascidos prematuros e/ou com más formações aparentes, embora, não raro, as medidas adotadas fossem insuficientes/incipientes devido à falta de conhecimentos científicos e condições adequadas (CONE, 1983; TRAGANTE, *et. al.* 2010, COSTA, PADILHA, 2011).

Nessa perspectiva, a busca de conhecimento da fisiologia e de patologias específicas do recém-nascido, por meio de pesquisas, revelou a necessidade de espaços determinados à concentração dessa clientela, de modo a garantir e promover melhor acompanhamento, possibilitando comparações clínicas do estado de saúde desses bebês e primeiras medidas terapêuticas (TRAGANTE, *et. al.* 2010; COSTA, PADILHA, 2011, MELO *et. al.* 2013).

Inicialmente, as unidades de atendimento ao recém-nascido, também chamadas de berçários, apresentavam-se, em sua maioria dividida em dois ambientes: o berçário de adaptação, no qual o recém-nascido sadio permanecia para o estabelecimento das condições ao meio extrauterino para após, ser levado para junto da mãe. E, os berçários denominados patológicos os quais tinham como objetivo a manutenção e restauração das condições de vitalidade, além da prevenção de infecções e redução da morbimortalidade neonatal de recém-nascido prematuro e/ou com complicações fisiopatológicas (CARDOSO *et. al.* 2010; COSTA, PADILHA 2012; MELO *et. al.* 2013, ROCHA, FERREIRA, 2013).

Nesse ambiente, o trabalho era organizado para atender às exigências biológicas, políticas, econômicas e sociais vigentes, destacando um novo poder-saber médico em neonatologia, tendo em vista promoverem a sobrevivência de recém-nascidos debilitados ou doentes e sua adaptação ao meio extrauterino (COSTA, PADILHA, 2011; ROCHA, FERREIRA, 2013).

No Brasil, o acelerado avanço científico e tecnológico, a partir da década de 1960 com o advento de novas tecnologias e o interesse cada vez maior pela sobrevivência de recém-nascidos prematuros e/ou doentes possibilitou a reestruturação dos berçários em UTIN. A iniciativa acompanhou movimento de expansão mundial dessas unidades, favorecendo melhor atenção e abrangência ao cuidado desse grupo populacional.

Com tal orientação, já não se admitia como suficiente manter a vida de bebês prematuros e/ou que necessitassem de cuidados intensivos; passou-se a valorizar a redução das possíveis sequelas em seu desenvolvimento. Compreende-se a importância de estudar não somente os elementos biológicos e fisiopatológicos, mas também os aspectos psicossociais envolvidos, as consequências que o ambiente e as novas tecnologias poderiam trazer para o desenvolvimento e, conseqüentemente, para a qualidade de vida do recém-nascido e de sua família. Ampliaram-se esforços para minimizar impactos advindos do período de internação para o bebê e a repercussão da hospitalização para a família (COSTA *et. al.* 2010; REIS, SANTOS, 2011; MELO *et. al.* 2012).

Na atualidade, a estrutura da UTIN tende a guardar coerência com o modelo biomédico e hegemônico de cuidar. Em termos amplos, configura-se como locus de produção de saber e constitui ambiente terapêutico considerado de alta complexidade, apropriado para tratamento de recém-nascidos de risco. O cuidado neonatal nessas unidades mostra-se, então, envolto em paradoxos que se constatarem evidentes no cotidiano, os quais podem ser resumidos no embate entre a tecnologia e seus riscos, o que abarca condutas bioéticas, entre outros complexos desafios.

Nessa vertente norteadora do processo de cuidados, apresenta características peculiares referentes ao lidar com o risco de vida, com a vulnerabilidade do bebê que não possui capacidade deliberativa e necessita ser compreendido em suas expressões, as quais por vezes, são abolidas pelo grau de imaturidade orgânica, ou uso de medicamentos (COSTA, PADILHA, 2011; MELO *et. al.* 2012; TOSO *et. al.* 2015).

Caracterizadas pela complexidade tecnológica operante, essas unidades requerem equipe multiprofissional especializada, para adequada operacionalização das atividades assistenciais ali desenvolvidas. As funções demandam conhecimentos científicos e habilidades técnicas compatíveis com as competências esperadas de cada categoria (OLIVEIRA *et. al.* 2006; COSTA, PADILHA 2011, TOSO *et. al.* 2015).

A relação de cuidado nesse contexto, muitas vezes, é compreendida em uma dimensão apenas mecanicista e protocolar na tríade profissional-máquina-bebê. Todavia, tomando-se a atenção à saúde em visão mais ampla, a tecnologia na saúde, constitui um processo que interconecta conhecimentos e instrumentos, fundamentando e delimitando as diversas maneiras de cuidar. Sob o enfoque hegemônico de máquinas, equipamentos e procedimentos técnicos, manuseados e realizados ao recém-nascido, fica empobrecida a compreensão da dimensão do cuidado (ROCHA *et. al.* 2008; SÁ NETO, RODRIGUES, 2010).

Em se tratando de cuidados com pessoas humanas, em momento particularmente vulnerável da vida, a tecnologia integra um conjunto de conhecimentos científicos sistematizados aplicados ao processo de trabalho nessas unidades, os quais se submetem a uma função mediadora entre a indispensável racionalidade e a subjetividade humana (de quem cuida e de quem recebe os cuidados), fortalecendo e qualificando a valorização da singularidade de cada indivíduo e o respeito à dignidade humana (BERGOLD, ALVIM, 2009; SÁ NETO, RODRIGUES, 2010; FIALHO *et. al.* 2015).

O desenvolvimento científico e tecnológico neonatal congrega uma diversidade de atores envolvidos direta ou indiretamente, a quem compete identificar, conhecer, compreender, programar, elaborar e implantar modelos, protocolos e modos de cuidados que possibilitem atender à complexidade das necessidades de saúde do bebê. Desafio de tal magnitude exige integralidade, equidade, qualidade de vida individual, coletiva e universal no fazer cotidiano das UTIN (BRASIL, 2009; SÁ NETO, RODRIGUES, 2010).

Embora, os investimentos na área materno-infantil tenham o propósito de identificar e programar ações que visam a diminuir a morbi-mortalidade dessa clientela, implementando instrumentos e procedimentos de classificação de risco na gestação e controle de causas evitáveis, ainda assim, a maior parte das internações nas UTIN ocorre pelo diagnóstico de prematuridade (VIANA, NOVAES, CALDERON, 2011; DELWING, HAHN, 2016).

No mundo, a cada ano, cerca de 15 milhões de bebês nascem com menos de 37 semanas de gestação. O Brasil está na 10ª posição entre os países onde ocorre o maior número de nascimentos prematuros. A condição de prematuridade é considerada problema de saúde pública, por representar importante determinante de morbimortalidade neonatal, principalmente nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2006; WHO, 2012; NASCIMENTO *et.al.* 2013).

Resultado de estudo brasileiro em 2013 sobre a prematuridade e possíveis causas mostra dados epidemiológicos que apontam o percentual 11,7% de recém-nascidos prematuros em relação ao total no país, o que evidencia aumento em relação ao ano de 2010 que era de 7,2% (UNICEF 2013).

Esses achados são coerentes com outras pesquisas que analisaram causas da mortalidade infantil e revelam que a mortalidade neonatal é o principal componente da mortalidade infantil no país desde a década de 1990, apresentando taxa de 11,2 óbitos por mil nascidos vivos em 2010. Essas conclusões demonstram que o componente neonatal precoce (0-6 dias de vida) e grande parte das mortes infantis acontecem nas primeiras 24 horas (25%), indicando estreita relação com a atenção ao parto e nascimento. As principais causas de óbito neonatal, segundo a literatura são: a prematuridade, a malformação congênita, a asfixia intraparto, as infecções perinatais e os fatores maternos, com uma proporção considerável de mortes evitáveis por ação dos serviços de saúde (BRASIL, 2012; MARANHÃO, *et. al.* 2012; LANSKY, *et. al.* 2014).

Diante de tão grave problema, os esforços para atender as demandas referentes ao cuidado neonatal abrangem a conjunção de fatores biológicos, socioeconômicos e assistenciais e expressam o magno desafio a ser superado para redução da mortalidade nessa população. Lansky, *et. al.* (2014 p. 193) referem que:

“aprofundar a compreensão sobre a dimensão dos processos assistenciais na atenção ao parto e nascimento e sua repercussão sobre a mortalidade neonatal pode contribuir para subsidiar as ações para intensificar a sua redução”.

Nacionalmente, a criação e implantação de políticas públicas, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, Programa da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso-Método Canguru e a implantação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) da Rede Cegonha buscam assegurar o acompanhamento da gestante, do crescimento e desenvolvimento fetal durante a gestação, do recém-nascido e da mulher no puerpério. Essas propostas visam a oferecer assistência humanizada e segura, buscando garantir o respeito à pessoa humana, com proteção e equidade, possibilitando melhores índices epidemiológicos, com redução da taxa de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2001; 2009; 2011b).

Mundialmente, o desenvolvimento da neonatologia evolui de forma distinta. Em alguns países, novos modelos de cuidado já são incorporados aos padrões e rotinas, enquanto, em outros, ainda estão em fase de implementação, requerendo estudos e pesquisas à procura

de evidências que indiquem melhores práticas assistenciais para essa clientela (SOUZA, FERREIRA 2010; PEREIRA *et. al.* 2013).

Nessa perspectiva, a enfermagem cujo foco cotidiano é o cuidado, desenvolve esforços para constituir um corpo de conhecimentos que subsidie o seu fazer profissional. A atuação da enfermeira (o) em diferentes países é considerada de grande importância no processo de cuidar em UTIN, seja na prestação de cuidados diretos, no acompanhamento à família, ou na atuação em situações de mediação e decisão de dilemas (HENDRICKS-MUÑOZ, PRENDERGAST, 2007; CARDOSO *et. al.* 2010; HEALY, FALLON, 2014).

Diante desse desafio, impõe-se à enfermagem fortalecer a descoberta de inovações coerentes com a essência do cuidado em sua versão integral e integrada aos demais membros da equipe de saúde. Não se pode ignorar que a enfermagem é a categoria mais próxima do bebê e de sua família, constituindo elo valioso de integração no ambiente das UTIN. Tal circunstância favorece a interação com o bebê e contato com a família, sendo muitas vezes, o primeiro profissional a identificar alterações no quadro clínico do recém-nascido. Esse dado de realidade possibilita identificar com mais acuidade as dúvidas e inquietações e compreender empaticamente as demandas subjacentes ao cuidado, o que torna viável a sugestão e encaminhamento de ações para melhor atender os clientes e familiares mais próximos (GORGULHO, RODRIGUES 2010; CARDOSO *et. al.* 2010; MARQUES, MELO, 2011).

No Brasil, a legislação que disciplina o Exercício Profissional de Enfermagem, Lei n. 7498/86 regulamentada pelo Decreto-lei 94 406/86, estabelece que a enfermeira é o elemento responsável pelo planejamento e implantação de cuidados, cabendo-lhe igualmente o cuidado direto a pacientes graves, com risco de vida. Com fundamento no dispositivo mencionado, os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomada de decisões imediatas, são de responsabilidade e requerem a competência profissional da (o) enfermeira (o). Sem sombra de dúvidas, tais compromissos são evidenciados em UTIN (BRASIL, 2007).

Porém, o cuidado definido como mero procedimento técnico contém insito o risco de afastamento do caráter humanístico, inerente à natureza do trabalho em Enfermagem. Nessa linha de compreensão, estudiosos do assunto defendem que se extrapole a realização de tarefas manuais, repetitivas e pré-determinadas, as quais precisam ser combinadas com o estabelecimento de relações de intersubjetividade, para alcançar um cuidado sensível,

relacional e extensivo, baseados em princípios éticos e científicos, os quais precisam garantir a abordagem de integralidade, de ser-com-o-outro (WALDOW, BORGES 2008; MELO *et. al.* 2012, 2013, 2014).

O conceito de cuidado apresenta extensa variedade hermenêutica, o que provoca discussões por diferentes categorias profissionais em dimensões, perspectivas e concepções teórico-filosóficas diversas (COLLIÉRE, 2001; WALDOW, 2005; NEVES, 2002; SOUZA *et. al.* 2005; BOFF, 2005; OLIVEIRA, CARRARO, 2011; VALE, PAGLIUCA, 2011, HEIDEGGER, 2012).

Com fundamento em Heidegger (2012), assume-se que o cuidado é um modo-de-ser, forma como ser-aí⁶ (indivíduo/ pessoa/ser humano), abarca a relação homem/mundo que se expressa no ato de cuidar cotidianamente. Está situado no contexto do homem com o mundo ao redor e lhe confere o sentido de existência, de estar lançado em busca de significados.

Ser-no-mundo tem relação com o trabalho, com o modo como esse trabalho é visto e desenvolvido. Nessa perspectiva de compreensão, o cuidado neonatal no mundo da UTIN é permeado de relações de seres nos seus diferentes modos-de-ser, que abrange a integralidade de seres que cuidam e que são cuidados, entrelaçados em uma intersubjetividade imperceptível (ELIAS *et. al.* 2014).

No cotidiano do cuidado na UTIN, como enfermeira neonatal, observava os profissionais da equipe multiprofissional em suas atividades laborais, e por vezes questionava-me como era para cada profissional o cuidado, qual significado lhe conferia? O olhar dos profissionais era semelhante? Então, à medida que a vida cotidiana evidenciava a demanda crescente de cuidados, eu, inquieta e ao mesmo tempo instigada na busca por respostas, entendia que teria que ir às coisas mesmas, quer dizer até aos profissionais da equipe assistencial. Ao ingressar no curso de doutorado tive como propósito apreender, sob o olhar da fenomenologia, o significado do cuidado neonatal a partir dos profissionais de enfermagem da UTIN. Ao buscar a compreensão do cuidado neonatal fui ao encontro dos significados em uma dimensão que não delimitou níveis da categoria profissional e visou captar a essência do discurso em sua plenitude existencial.

⁶ Dasein /ser-aí é o termo principal na filosofia de Martin Heidegger, a maneira de dizer que o Ser só é alguma coisa a partir dos modos como ele se manifesta.

O cuidado enquanto um fenômeno existencial deve ser compreendido na esfera da essência humana, como um fenômeno que é a base possibilitadora do Humano ser humano e *sendo*, existir. De maneira que este fenômeno está em si mesmo, quer dizer nascemos com potencial de cuidado e somos assim capazes de cuidar. Dessa maneira, a relação cuidar/cuidado é um processo interativo, uma relação *ser-com*, um espaço de construção intersubjetiva que abrange o simbólico e a troca de experiências sujeito-sujeito com diferentes visões de mundo. (WALDOW, BORGES, 2008; DUARTE, ROCHA, 2011).

Para Heidegger, (2012) o cuidado significa um fenômeno ontológico-existencial básico. Na mesma senda de compreensão Waldow e Borges (2008 p.2) referem que “é no cuidado que se encontra o ethos necessário para a sociabilidade humana e para identificar a essência do ser”. O ser do homem como existência, consiste em ser com os outros, projetando-se no mundo, reside em uma relação indissociável, é a construção do devir, em suas possibilidades e singularidades.

No ambiente da UTIN, diversos indivíduos compõem a equipe de profissionais encarregados de atender às diferentes especificidades requeridas pelos clientes. Esse mister exige domínio de conhecimentos técnico-científicos específicos e competências e habilidades práticas.

Em sua trajetória, a enfermagem, considerada fundamental no cuidado neonatal busca sustentação técnico-científica à sua prática de cuidar. Esses profissionais, por estarem presentes nas 24 horas diárias de cuidado, integram, realizam e acompanham na maioria das vezes toda a dinâmica programada e executada, necessitando apropriar-se de condições que fundamentem seu fazer profissional. Waldow (1995, p.17), considera que o cuidado é forma ética e estética de viver e consiste no respeito à dignidade humana, referindo que:

“Cuidar, significa comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer”.

Segundo essa perspectiva, o cuidado tem sido foco de diversos estudos e reflexões da Enfermagem, na tentativa de compreender o seu significado e de planejar e discutir ações que possibilitem um cuidado fundamentado. Na área neonatal, estudos evidenciam o desenvolvimento de modo de cuidar que proporciona a valorização da individualidade e da dignidade humana e aponta para um cuidado pautado na ciência, na arte, na estética e na ética, o qual não se limita à realização de procedimento ou ato repetitivo, normatizado e

generalizado. Pelo oposto, integra atitude imbuída de intencionalidade, na qual está presente a atenção, a preocupação, a responsabilização, o zelo que privilegia o ouvir, o perceber, o comunicar-se. Na humanização do cuidado, tais habilidades são ferramentas importantes junto às competências técnico-científicas. Em síntese, trata-se de uma compreensão de relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto. (GORGULHO, RODRIGUES, 2010; SÁ NETO, RODRIGUES, 2012).

Desde finais do século XX, no Brasil, o cuidado como objeto de trabalho dos profissionais apresenta-se estruturado a partir de políticas públicas de saúde com base nos princípios da humanização. Compreender o trabalho na UTIN como modo de sobrepujar rotinas padronizadas, complementando-as com práticas humanizadas tem sido objeto de pesquisas que apontam para importantes avanços (OLIVEIRA *et. al.* 2006; TERRA *et. al.* 2011; MARQUES, MELO, 2011; BARRETO,INOUE, 2013).

Nesse contexto, a Enfermagem responde por significativa parcela de produção e disseminação do conhecimento, treinamento e qualificação dos componentes da equipe nas questões emergentes no cuidado em UTIN. Nesse sentido, o desenvolvimento de investigações por enfermeiros orientam-se para identificar lacunas de conhecimentos que possibilitem cuidado seguro e humanizado. (SIMSEN, CROSSETTI 2004; GURGEL, ROLIM 2005; ROLIM, CARDOSO, 2006; ROLIM *et.al.*2008; ROLIM *et.al.* 2010; VERONEZ, CORRÊA, 2010; CARDOSO *et. al.* 2010; FARIAS *et.al.* 2010; SOUZA, FERREIRA 2010; MERIGHI,2011; LÉLIS *et. al.* 2011; MAGALHÃES *et. al.* 2011; LINS *et.al.* 2013).

Nessa perspectiva, a humanização do cuidado como prática apoiada na consideração integral ao ser humano representa um conjunto de iniciativas a partir de visão extensiva, que busca superar a fragmentação da assistência, conciliando a melhor tecnologia disponível às necessidades dos agentes envolvidos nesse processo. A relação do cuidado emerge na vertente de parceria, na qual as responsabilidades precisam ser compartilhadas pelos gestores, profissionais e clientes, visando à promoção da qualidade da assistência (BRASIL, 2004; 2009; MARTINS *et. al.* 2011).

Compreender o cuidado como ação integral que tem significados particulares requer sublinhar o modo de lidar com o outro, de tratar com dignidade e respeito, em uma ótica da integralidade e valorização das singularidades. Inobstante essa tendência, a compreensão do dia-a-dia de cuidado em UTIN, nem sempre é realizada pelos profissionais, uma vez que as

normas, protocolos e manuais instituídos nesse ambiente são orientadores de um fazer generalizado, que, ao ser colocado em prática, necessita ser mediado à individualidade de cada ser (OLIVEIRA *et. al.* 2013; MELO *et. al.* 2012; 2013).

Entender essas ações como pertinentes à interação entre humanos faz com que se busquem ferramentas e estratégias para dar continuidade a um processo de produção de conhecimento que exige dos profissionais de saúde uma percepção do objeto de seu trabalho o “cuidado” como caracterizado por dinâmica inerente ao eu que cuida e ao ser que é cuidado. Sob esse olhar, o cuidado apresenta duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos e outra subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade, responsabilização e intuição (COSTA, PADILHA 2011).

Nesse sentido, insta compreender o cuidado como constituição do *ser* e de seus modos de ser e estar-no-mundo em suas possibilidades, visto que o *ser-aí-no-mundo* se define pelas formas de viver o cuidado e pelas relações que estabelece consigo mesmo, com os outros e com o mundo circundante (HEIDEGGER, 2012).

Com tais fundamentos, vislumbrei a fenomenologia como caminho teórico-metodológico para compreender o fenômeno do cuidado neonatal. Essa abordagem tem como proposta metodológica propiciar conhecimento original sobre o fenômeno a ser investigado, é um “fazer ver a partir dele mesmo o que se mostra tal como ele por si mesmo se mostra” (HEIDEGGER, 2012, p. 119).

Com esse alicerce, parte-se de uma interrogação, em busca do *sentido* que os indivíduos atribuem à experiência vivida, *sentido* que se desvela a partir das descrições significantes por eles mencionados. Filosoficamente, investigar o sentido é pensar, refletir e aclarar questões, para além das pressuposições. A busca do sentido, questionando a existência, implica estar aberto a inúmeras possibilidades, para aproximar-se da essência, de quem compartilha o estar-no-mundo (HEIDEGGER, 2012).

Fenomenologicamente, esse entendimento parte de um ter prévio, posição estabelecida pela tradição científica, que reconhece a necessidade e complexidade do cuidado neonatal, de forma que princípios que valorizam a vida em sua dignidade humana e nas relações são determinantes do modo de como fazer. Dessa maneira, condutas são traçadas e implantadas com objetivo de oferecer uma assistência segura, que minimize riscos e

possibilite um adequado desenvolvimento com o melhor prognóstico possível (ROEHE, 2012; PAULA *et. al.* 2012).

Porém, esse ter prévio não garante que os profissionais ao realizarem o cuidado neonatal atendam adequadamente, a dimensão das proposições prévias, porque, como humanos, eles possuem um ver prévio e esse ver é o que permite o profissional sujeito da ação de cuidado se mostrar, compreender a si, aos entes e ao redor. Esse mostrar-se envolve necessidades de agir e sentir, com significações particulares ao ser-no-mundo em seus diferentes modos-de-ser. “Trata-se de um trabalho vivo e, por natureza, não previsível” (MARQUES, MELO 2011, p.375).

Para ir além do ter prévio da ciência é preciso entender o ver prévio dos profissionais de enfermagem, possibilitando sua abertura e seu discurso em seus momentos constitutivos. Aprender através da valoração da dimensão humana a expressão significativa do cuidado neonatal em sua vivência, experiência e possibilidades, é o que possibilita obter a concepção prévia a qual conjuga o ter prévio e ver prévio na constituição da hermenêutica heideggeriana (PAULA *et. al.* 2012).

A partir dessa concepção, aproximei-me da abordagem compreensiva, apropriando-me dos conceitos da fenomenologia heideggeriana, foi possível buscar o desocultamento do fenômeno, alcançando os significados essenciais que possibilitaram o entendimento do cuidado neonatal em sua concepção prévia.

Nessa trajetória de pensamento, delineei como **objeto** da Tese *o cuidado neonatal a partir dos profissionais de enfermagem de UTIN*. Guardando coerência, o **objetivo** foi assim formulado: *Desvelar o sentido⁷ do cuidado neonatal significado pelos profissionais de enfermagem no cotidiano da UTIN*.

Muitas vezes, ao fazer referência ao conceito de cuidado, tende-se a direcionar o enunciado principalmente para área da saúde com foco na doença, restringindo-o a ação propiciada a alguém que está doente. Essa compreensão fragmentada e incompleta, com base em processos tecnológicos permeados por equipamentos, procedimentos e instrumentos a fins

⁷ A palavra sentido tem aqui acepção heideggeriana que revela uma circularidade compreensiva que pode representar horizonte, modos de ser, perspectiva, possibilidade. Desvelar o sentido está na possibilidade de um entendimento dos significados do ente em seus diferentes modo-de-ser (HEIDEGGER, 2012).

conduz à fragmentação do homem como *Ser*, conferindo ênfase à patologia, principalmente, ao ser atendido em especialidades distintas (PIRES, 2005).

Esse conceito foi interpretado de diferentes modos pela psicologia filosófica, antropologia, ética, política, poesia, história escrita e biografia, vislumbrado a ótica da compreensão humana em sua existencialidade. Na área da saúde, fortaleceu-se paulatinamente de maneira a possibilitar o entendimento e a valorização de aspectos do cuidado antes desconsiderados.

O cuidado neonatal voltado a uma clientela específica tem merecido reflexões, por abarcar dimensão que necessita ser vislumbrada além do objeto central ao qual se faz referido – o neonato. No âmbito da UTIN, ainda hoje, prevalece um modelo denominado biomédico e hegemônico de cuidar, voltado a atender necessidades imediatas de saúde (MELO, 2012; COSTA, PADILHA, 2012).

Na perspectiva do cuidador está focado na melhor técnica, impõe um profissional tecnicamente preparado para operacionalizar diferentes máquinas, escrever excelentes relatórios, com o risco de distanciar ou menosprezar por vezes os aspectos expressivos das relações e interações que ocorrem nesse cotidiano assistencial, colocando-as em segundo plano, como se fossem outra ação de cuidado, o que possibilita fragmentar o todo assistencial em um fazer centrado em prescrições e técnicas rotineiras, que visam a responder necessidades de ordem biológica. Tal aspecto é formador de uma consciência coletiva, que compreende a partir do que está disponível, assim não atendem as subjetividades que parecem e aparecem.

A necessidade de compreender o cuidado na dimensão da pessoa humana encaminhou a investimento que orientassem o cuidado habitualmente realizado a uma reflexão sobre as ações, as atitudes, os modos de como fazer e para quê fazer. A implementação de condutas voltadas à humanização do cuidado é estabelecida, é um objetivo a ser alcançado na área da saúde. O cuidado como objeto do fazer dos profissionais de UTIN passa a ser referenciado pela ótica dos pressupostos para humanização com base principalmente, na Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru -NAHRNBP – MC (BRASIL, 2009).

A partir de 2000, as demandas no cuidado neonatal têm suas raízes calcadas na ótica da humanização em saúde, de forma que compreender o cuidado a ser prestado nessa égide

requer mudanças e modificações paradigmáticas de atitudes, comportamentos e práticas que, às vezes, se assemelham, mas nem sempre traduzem um cuidado voltado a atender às necessidades do ser cuidado e de quem cuida.

A NAHRNBP-MC apresenta várias propostas voltadas ao respeito às individualidades, à garantia de tecnologia que permita a segurança do recém-nascido, o acolhimento ao neonato e sua família, com ênfase no cuidado voltado para o desenvolvimento e o psiquismo, buscando facilitar o vínculo mãe-bebê durante a sua permanência no hospital e após a alta (BRASIL, 2009).

A enfermagem, caracterizada como gente que cuida de gente, de fundamental importância no cuidado neonatal, busca continuamente construir conhecimento substantivo sobre o cuidado, de maneira a acompanhar as profundas transformações que emergem dos diferentes contextos sociais, políticos e econômicos, onde se situam o saber e fazer profissional. Daí pode emergir uma prática segura, embasada em princípios científicos, humanísticos, éticos, filosóficos e culturais (PIRAZÁN, GUERRERO, 2012; FONTENELE *et. al.* 2012; TURNER *et. al.* 2014).

Nessa linha de pensamento, pesquisas apontam resultados que revelam a necessidade de maiores investimentos para a obtenção de melhores resultados no cuidado em UTIN, com destaque para ações que visam às interações e relações sociais e a compreensão de fenômenos subjetivos (SIMSEN, CROSSETTI 2004; ROLIM, CARDOSO, 2006; FARIAS *et.al.* 2010; MAGALHÃES *et. al.* 2011; VERONEZ, CORRÊA, 2010; SPIR *et. al.* 2011; SANTOS *et. al.*; 2012; MENDES *et. al.* 2013; PEREIRA *et. al.* 2013).

A perspectiva de cuidar compreensivamente concebe a existência como experiência situada, na qual o ser humano vive em relação com diversos contextos; por isso, a prática de cuidar compreensivamente envolve atenção intencional e consciente, tendo em vista a compreensão dos significados que os indivíduos conferem subjetivamente às suas experiências (RIVERA; HERRERA, 2006; ALMEIDA, 2009; ELIAS *et. al.* 2014).

O cuidado compreende a intersubjetividade daqueles que lhe dão concretude, logo, realizando-se o cuidado em diferentes dimensões, conclui-se que ele é determinado pelo ambiente em que acontece. (SIMSEN, CROSSETTI, 2004. p.233).

Na busca de desvelar o sentido do cuidado neonatal significado pelos profissionais de enfermagem no cotidiano da UTIN, parti da compreensão do cuidado em uma circularidade ôntico/ontológica, a qual representa a possibilidade de abertura do ser-no-mundo em seus modos-de-ser, de entender a si e ao mundo circundante. Essa concepção possibilita

evidenciar o cuidado na existencialidade do profissional de enfermagem de UTIN na interseção entre o ter prévio e o ver prévio desses profissionais no cotidiano do cuidado neonatal e justifica-se como possibilidade do entendimento do cuidado fundamentado na existência humana.

No capítulo a seguir apresento o *solo de tradição* do estudo, que se constitui no conhecimento factual, classificado, constituído e instituído pelo saber científico, campo de origem do fazer cotidiano do ser-aí, e de onde parte as inquietações dos conhecimentos já demarcados.

O todo do texto foi dividido em três partes.

2.1 A Neonatologia: origem, evolução e tendências.

2.2 Unidades de Terapia Intensiva Neonatal: características e demandas de cuidados

2.3 A atuação da equipe de enfermagem no cenário da UTIN

2. SOLO DE TRADIÇÃO

Heidegger (2012) elucida que a elaboração da questão-do-ser é precedida pela demarcação da pesquisa científica através da fixação do domínio-de-coisas, cujas estruturas fundamentais são levadas a cabo pela experiência e interpretação pré-científicas do âmbito-do-ser, dentro do qual o domínio-de-coisa é ele mesmo delimitado.

2.1 Neonatologia: origem, evolução e tendências.

Ao longo da história, o cuidado com a criança evoluiu lentamente, marcado por valores éticos, políticos e culturais da sociedade correspondente. No século XIX, as especificidades das crianças eram ignoradas, vistas como pequenos adultos, não havia interesse da medicina pelas necessidades peculiares desse segmento da população. O cuidado era prestado por algumas instituições, designadas como fundação, nas quais a taxa de mortalidade infantil oscilava entre 85% a 95%.

O interesse pelos recém-nascidos prematuros e/ou com malformações, considerados frágeis e doentes foi por muito tempo ignorado e verdadeiramente inexistente... Qualquer tentativa de prolongar a vida era encarada como desafio à natureza, de modo que o óbito era visto como efeito da seleção natural (AVERY 1999; RODRIGUES 2000; MELO 2010).

O progresso da industrialização que absorveu mão de obra feminina nas fábricas, desencadeou a prática do aleitamento artificial, agravando o adoecimento infantil, ao mesmo tempo que exigiu o afastamento mãe-filho desde tenra idade (LUSSKY, 1999; TRAGANTE, CECCON, FALCÃO 2010; MELO 2010).

O relativo desinteresse despontou preocupação na Europa, eis que as altas taxas de mortalidade infantil e a queda na natalidade desencadearam despovoamento regional, com o correspondente risco de vulnerabilidade da defesa nacional.

Essa problemática contribuiu para o surgimento entre 1870 a 1920, do chamado “Movimento para a Saúde da Criança”, considerado como marco na história da Medicina, por meio do qual se pretendia preservar a vida de todas as crianças. Essa providência fez com que também os recém-nascidos fossem contemplados pelas iniciativas de natureza político-social, (LUSSKY, 1999; RODRIGUES 2000; RODRIGUES, OLIVEIRA, 2004).

Os organizadores empenharam-se em atender as demandas vigentes do movimento. Diversas ações foram realizadas, incluindo o cuidado preventivo. Maternidades foram

ampliadas, melhorando a assistência ao parto, o advento da incubadora começou a ser documentado, diversos protótipos de equipamentos foram construídos na tentativa de obter um modelo que atendesse com eficiência às necessidades dos prematuros, incorporando-se diferentes tipos de materiais para sua construção e formas de aquecimentos (LUSSKY, 1999; RODRIGUES, 2000; TRAGANTE, CECCON, FALCÃO 2010).

O aludido movimento desencadeou maior interesse em buscar medidas embasadas cientificamente para atender às necessidades de saúde do recém-nascido na Europa. Avery (1999), ao estudar a origem da Neonatologia como especialidade, relata que sua raiz advém da França, com o obstetra Dr. Pierre Budin, criador da sala de parto e do ambulatório de Puericultura no Hospital Charité de Paris, em 1892.

Nos anos subsequentes, desenvolveu estudos chamando a atenção para a necessidade da relação do tempo de gestação com o peso do bebê, do controle de temperatura, higiene e alimentação, além da presença da mãe como fator fundamental para a sobrevivência dos RN. Em seu livro “Consultations de Nourrissons”, apontou distinção entre os lactentes nascidos de parto prematuro em pequenos e grandes para a idade gestacional. Em 1900, publicou o livro “Le Nourrisson”, indicando cuidados com os prematuros, destacando aqueles com peso entre 1000 e 2500g e portadores de “fraqueza congênita”. Mundialmente, sua obra reconhecida como determinante dos primeiros passos deste ramo da medicina, o que lhe valeu o título de um dos pais da Neonatologia (AVERY, 1999).

Em 1857, a literatura ocidental publicou a primeira descrição de uma incubadora. Étienne Tarnier e Odile Martin, em 1878, empregaram a base de uma incubadora para frangos e construíram outra similar de madeira, suficientemente grande para colocar vários bebês. Era constituída por uma câmara de parede dupla, com a parte superior de cristal e, ao redor das câmaras de água, possuía porta de saída na parte superior. Um tubo exterior era conectado a ampla câmara de água, debaixo do compartimento do RN; uma abertura servia para encher de água, ao passo que a outra para esvaziar aquecimento da água era obtido por uma chama de azeite e, por ser fechada, a ventilação era obtida de forma ascendente por uma corrente de ar quente. . Em 1880, veicularam-se notícias das primeiras incubadoras de ar quente, instaladas na Maternidade de Paris. Lussky, (1999, p.1) destaca que: “[...] esta incubadora fez decrescer a taxa de mortalidade de 66% para 38% entre crianças pesando menos que 2000gr ao nascimento” (SILVERMAN, 1979; CONE, 1983; RODRIGUES, OLIVEIRA 2004; MELO 2010).

Martin Couney, aluno de Budin, realizou diversas exposições com lactentes prematuros em incubadoras. À época, não era difícil conseguir que pais entregassem os

bebês para serem expostos, uma vez que não se acreditava na sua sobrevivência. Essas exposições obtiveram tamanha repercussão, que o pioneiro mudou-se para os Estados Unidos em 1896, tornando-se o primeiro profissional a oferecer atendimento especializado para recém-nascidos prematuros (RODRIGUES, OLIVEIRA 2004; PHILIP, 2005).

O desenvolvimento de medidas de controle era mais desenvolvido na Europa. Nos Estados Unidos, a taxa de mortalidade infantil ainda era elevada, a importância do investimento em medidas de controle da mortalidade ainda despertava pouco interesse entre médicos americanos. Com a expansão do IWM da Europa para os Estados Unidos, passou-se a admitir que a taxa de mortalidade infantil refletia a saúde geral e bem-estar da nação. Como consequência, um movimento social para reduzir a mortalidade infantil levou à criação de uma Secretaria Federal da Criança em 1912 (LUSSKY, 1999).

Em 1914, Couney realiza uma exposição de RN prematuros, no sentido de alertar a classe médica para a importância desses cuidados. Anos depois, o pediatra Julius Hess criou um centro para assistência aos lactentes prematuros, sendo inaugurado em 1922 o Premature Center do Hospital Sarah Moris do Michael Reese Hospital em Chicago. A Unidade aceitava RNP de todas as partes: nascidos em domicílio, no Hospital Michael Reese ou em outros hospitais que não dispunham dos equipamentos necessários ou de enfermagem.

John Ballantyne, obstetra escocês, considerado pelos importantes avanços do conhecimento no campo da obstetrícia no final do século 19 e início do século 20, formulou plano para a continuidade do cuidado materno-infantil, o que marcou o início do pré-natal. Em seus estudos, doenças maternas, como a sífilis, febre tifoide e tuberculose, além da ingestão materna de toxinas afetavam negativamente a saúde e o crescimento fetal (LUSSKY, 1999; TRAGANTE, CECCON, FALCÃO 2010).

Nesse período, Thomas Rotch elaborou um método de alimentação, com proporções precisas de leite, creme de leite e açúcar, para atender às necessidades individuais dos bebês; quando o leite materno fosse indisponível, o pediatra supervisionava o uso de fórmula infantil artificial. Os médicos começaram a debater os méritos do cuidado ao recém-nascido. Diante desse dado de realidade, John Ballantyne, em 1916, admitiu que (até então) o recém-nascido estava em uma "terra de ninguém" entre obstetrícia e pediatria (LUSSKY, 1999; RODRIGUES, OLIVEIRA, 2005).

Julius Hess, pediatra americano, desenvolveu também a incubadora Hess, e nos hospitais Sarah Morris e Michael Reese; promoveu avanços em técnicas assépticas, serviços de transporte neonatal e alimentação por via nasal, tornando-se autoridade americana em relação à prematuridade. Através de sua contribuição, o tratamento neonatal conquistou espaço na estrutura acadêmica (LUSSKY, 1999).

Diversos outros estudos foram desenvolvidos com foco na saúde infantil. Em Berlim, aproximadamente em 1860, William Little, um cirurgião ortopédico inglês, foi o pioneiro nos estudos da paralisia cerebral, associando-a ao trauma do nascimento. Ele se dedicou à espasticidade, até então, o distúrbio era associado como causa secundária aos episódios de crise convulsiva pela dentição.

Por sua vez, em 1880, Carl Credé obstetra, introduziu o uso de nitrato de prata – colírio para a prevenção da oftalmia neonatal nos recém-nascidos, demonstrando sua eficácia. Tal procedimento ainda hoje é utilizado nos cuidados imediatos ao bebê, utilizando-se uma solução a 1% (LUSSKY, 1999; MELO 2010).

Nessa trajetória, embora os avanços na área de conhecimento da obstetrícia, uma das principais causas de mortalidade materna e infantil, até aproximadamente 1940, estava relacionada ao trabalho de parto conduzido no ambiente domiciliar por parteiras. O procedimento era descrito como experiência assustadora (TRAGANTE, CECCON, FALCÃO 2010).

Nas décadas seguintes, o desenvolvimento científico e tecnológico propiciou significativas contribuições para o cuidado ao recém-nascido prematuro e/ou doente, após a criação dos primeiros ambientes para cuidados adequados a esse grupo. Em paralelo, estabeleceram-se vários centros na América do Norte e na Europa. O modelo privilegiava o agrupamento dos recém-nascidos em uma sala, com a finalidade de lhes assegurar cuidado por enfermeiras treinadas, dispositivos próprios, incluindo incubadoras e procedimentos rigorosos para a prevenção de infecções (LUSSKY, 1999; TRAGANTE, CECCON, FALCÃO 2010).

O entendimento da fisiologia e patologia neonatal ocorreu simultaneamente. Os avanços, como a utilização de curvas de crescimento para estabelecer demandas de energia, estudada por John Lovett Morse, os estudos da patologia da prematuridade, pré e pós-natal, taxas de crescimento e de mortalidade de recém-nascidos prematuros em relação ao peso de

nascimento, de Leo Langstein e Arvo Y'ppo em Berlim, permitiram a compreensão de especificidades dessa clientela (LUSSKY, 1999).

Os episódios de apneias e cianose foram tratados através de diferentes técnicas: há relatos do uso de conhaque, estricnina e amônia para estimular o retorno aos movimentos respiratórios, além de artefatos amarrados ao dedo do bebê, que eram puxados frequentemente pelos enfermeiros a fim fornecer estímulo para manter a respiração.

O uso de oxigênio foi relatado inicialmente em 1891; porém, só a partir de 1930 conferiu-se maior atenção aos problemas respiratórios. Em 1934, foi criado o “Box de Oxigênio Hess” por Julius Hess, para o tratamento de distúrbios respiratórios. O fornecimento de oxigênio aos bebês era monitorado através da observação clínica da cor da pele, regularidade e esforço respiratório (LUSSKY, 1999; RODRIGUES, OLIVEIRA 2005; WALSH *et. al.* 2009).

Na década de 1940 e 1950 do século XX, significativos progressos na medicina em geral refletiram-se na sobrevivência da população. Os partos passaram a ser realizados primordialmente nos hospitais, facilitando-se o atendimento à gestante e ao RN, o que favoreceu pesquisas sobre doenças cujo início ocorria intra-útero, ou durante o período neonatal. Os pediatras dedicavam-se cada vez mais ao atendimento na sala de parto; exames laboratoriais, radiológicos, eletrocardiogramas passaram a fazer parte do acompanhamento; a terapia intravenosa através de veias periféricas ao invés do uso intraperitoneal, sagital e subcutâneo tornou-se o meio de administração de fluídos e medicações. Não se pode ignorar, além disso, os avanços nos bancos de sangue, nas terapias transfusionais e a expansão do uso de antibióticos, que possibilitaram a sobrevivência de recém-nascido com peso aproximado 1800g (DOWNES, 1992; LUSSKY, 1999).

Em 1942, Louis K. Diamante descreveu a ligação entre o fator Rh e a eritroblastose fetal e, em 1946, introduziu a técnica de cateterização da veia umbilical para a exsanguineotransfusão, o que possibilitou a prevenção de muitos casos de kernicterus (TRAGANTE, CECCON, FALCÃO 2010).

Em 1951, Kate Campbell, pediatra australiana, que teve sua carreira reconhecida pelo interesse do cuidado do recém-nascido e do ensinamento neonatal, após participação em diversos estudos referentes à fisiologia e patologia do recém-nascido, associou a terapia de oxigênio e a fibroplasia retrolental (RLF) (LUSSKY, 1999).

Ao acompanhar o nascimento de bebês em sala de parto, a doutora Virgínia Apgar, anestesista inglesa, reconheceu a necessidade de um novo procedimento para avaliar a vitalidade do recém-nascido. Em 1952, após estudos, criou um sistema de avaliação do recém-nascido, o qual se apoia em cinco pontos, aferidos no primeiro e no quinto minutos de vida, conhecido como Índice ou Escala de Apgar, até hoje utilizado na avaliação da vitalidade do recém-nascido.

A fisiologia dos distúrbios respiratórios foi estudada por Richard Pattle, que identificou as propriedades da tensão superficial na redução da camada de revestimento alveolar. Por sua vez, John Clement acrescentou que a tensão superficial depende da área de superfície. Esses estudos deram subsídios para que, em 1957, Mary Ellen Avery e Jere Mead descrevessem a etiologia da deficiência do surfactante (HMD) e lançassem as bases para a administração de surfactante a prematuros. Somente a partir de 1980, relatou-se o sucesso na administração da droga a recém-nascidos, terapia que revolucionou o cuidado neonatal. A redução da mortalidade neonatal foi significativa, chegando a 40% após o início do uso droga para recém-nascidos que sofriam com a deficiência (KLAUS, FANAROFF 1995; LUSSKY 1999).

Importante contribuição que persiste até os dias atuais, foi realizada por Silverman e colaboradores, ao demonstrar que o gerenciamento do ambiente térmico para manutenção da temperatura do corpo favorecia a diminuição da taxa de mortalidade. Suas conclusões indicam que um ambiente com temperatura termoneutra resulta para o recém-nascido na diminuição da necessidade de oxigênio e da produção de dióxido de carbono (KLAUS, FANAROFF, 1995).

Não obstante os avanços significativos para o cuidado ao RN, até o final da década de 1950, a taxa de mortalidade infantil mantinha-se alta. Os insucessos nas terapias praticadas por falta de melhor pesquisa clínica levou a uma série de iatrogenias: o uso indiscriminado do oxigênio provocou a RLF levando à cegueira em muitos casos; a supressão do início da alimentação nos primeiros dias de vida provocava hipoglicemia, hiperbilirrubinemia e a perda importante de peso nos recém-nascido, podendo levar à desnutrição; o uso indiscriminado de antibióticos, em algumas situações, desencadeou patologias pela sua toxicidade (LUSSKY, 1999; CONE, 1983).

Com a persistência desses desafios, decidiu-se investir para além dos cuidados com nutrição, controle térmico, vulnerabilidade a infecções e outras patologias. Na década de 60,

a transformação das unidades de internações para bebês (berçários) em unidade de cuidado intensivo neonatal, um maior investimento financeiro e em pesquisas, determinou uma série de tecnologias a serem utilizadas e testadas no recém-nascido prematuro e/ou doente (LUSSKY, 1999; HEALY, FALLON, 2014).

A partir de 1961, destacam-se novos avanços nos Estados Unidos e Canadá, como a utilização dos primeiros ventiladores, adaptados a partir de modelos adultos, como a Puritan Bennett ® e o bebê Bird ®, dentre outros, o uso da pressão positiva contínua, não invasiva (CPAP); a monitorização dos gases sanguíneos; e controle e avaliação de parâmetros bioquímicos. Nas décadas seguintes, projetaram-se ventiladores mais apropriados a demandas da clientela neonatal, de modo a propiciar melhor suporte respiratório ao recém-nascido com distúrbios respiratórios, possibilitando sobrevivência maior de bebês com peso menor. A avaliação dos parâmetros vitais através de monitorização transcutânea diminuiu a manipulação e o sofrimento por punções repetidas para coleta de material (LUSSKY, 1999; HEALY, FALLON, 2014).

O suporte através da nutrição parenteral total foi aplicado pela primeira vez em neonato cirúrgico em 1968 e, após, em neonatos clínicos. (LUSSKY, 1999).

Exame de ultrassonografia transfontanela, para avaliar e acompanhar hemorragia intraventricular (HIV), oftalmológico para retinopatia da prematuridade (ROP), teste de função pulmonar (TFP) para (BDP) passaram a fazer parte da rotina de triagem da saúde neonatal e, mais tarde, o desenvolvimento de método terapêutico como a criocirurgia foi introduzida nos casos de ROP com indicação (LUSSKY, 1999).

A década 1980 foi caracterizada pela assistência a bebês de peso muito baixo ao nascer. A sofisticada tecnologia disponível em avaliação, suporte térmico, nutricional e diferentes modalidades de assistência de suporte ventilatório possibilitaram a sobrevivência de bebês antes considerados sem chance de sobrevida. As pesquisas clínicas avançaram em prol da utilização de corticosteroides no pré-natal, para melhoria do potencial de maturidade do pulmão fetal, em gestações com risco de nascimento prematuro. Tal terapia apenas tornou-se rotina na prática clínica a partir da década de 1990 (LUSSKY, 1999; HEALY, FALLON, 2014).

Durante a evolução da história neonatal, merece realce o reconhecimento da relevância da presença e participação da mãe e familiares nos cuidados ao recém-nascido

internado. Inicialmente, embora permitida a presença materna nas unidades, com incentivo ao cuidado, de certa forma as mulheres dos segmentos da elite da sociedade não eram culturalmente acostumadas a cultivar o apego ao filho, não raro eram cuidados por ama-de-leite (LUSSKY, 1999).

Na França, Budin em meados do século XIX, incentivou essa interação nos ambientes de hospitalização do recém-nascido; porém Martin Couney, seu aluno, ao cuidar dos recém-nascidos nos Estados Unidos, não permitia que a mãe participasse dos cuidados. As altas taxas de morbidade e mortalidade favoreceram o afastamento: rigoroso isolamento era preconizado como precaução contra infecções. Quando possível, permitia-se olhar através de vitrines/janelas protetoras (LUSSKY, 1999; MELO 2010).

Com o passar das décadas, constatou-se que tais bebês e mães pareciam demonstrar vínculo fragilizado. Muitos recém-natos eram abandonados à própria sorte em abrigos ou similares, não sendo poucos os relatos de casos de maus-tratos, alterações psico-afetivas quando em idade avançada (LUSSKY, 1999; MELO 2010).

Hess, ao criar no Hospital Sarah Morris o primeiro centro para prematuros, seguindo os princípios de Budin, possibilitou que a mãe cuidasse do seu filho. Além disso, é significativo assinalar que o retorno materno ao cuidado ao filho inicialmente foi realizado por falta de mão de obra habilitada, durante a segunda guerra mundial, como em Johannesburg (LUSSKY, 1999).

Ao final dos anos 1980, disseminou-se mundialmente a consciência da importância da presença e participação dos pais no desenvolvimento infantil. Essa evolução favoreceu a criação de diversas atividades centradas no cuidado familiar: protocolos e programas foram instituídos no cenário do cuidado neonatal, políticas de visitação de irmãos, avós, grupos de apoio, consultas pré-parto, alojamento conjunto, implementação do método canguru, que consiste no contato pele-a-pele entre pais e filho pelo tempo que considerar necessário e desenvolvimento de comitês multidisciplinares com participação dos pais (LUSSKY, 1999; MELO 2010, HEALY, FALLON, 2014).

Aos poucos, o cuidado neonatal tornou-se sistematizado no processo de trabalho das UTIN, mediante formulação de diretrizes e condutas direcionadas. A Associação Americana de Pediatria (AAP) e o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas publicaram, em 1983, a primeira edição de "Diretrizes em Assistência Perinatal", que introduziu o suporte

avançado de vida neonatal com o objetivo de dispor de pessoal qualificado para atuar em reanimação neonatal, nas unidades e serviços neonatais do país (LUSSKY, 1999).

A década de 1990 foi palco de grandes avanços tecnológicos na área neonatal, a sobrevivência de recém-nascido com idade gestacional e peso cada vez menor (23 -25 semanas; 500 a 750 g), tornou-se destaque mundial. Terapia de reposição de surfactante, melhoria dos equipamentos de ventilação mecânica, introdução do óxido nítrico para o tratamento da hipertensão pulmonar, uso de eritropoietina, a reavaliação de indicações do uso de hemoderivados, no tratamento da anemia da prematuridade são alguns dos procedimentos colocados à disposição dos RN (HEALY, FALLON, 2014).

Outras iniciativas permitiram a melhoria do cuidado neonatal. Evoluiu positivamente o interesse pelo desenvolvimento neurocomportamental do recém-nascido prematuro, instituindo-se igualmente melhorias nas condições ambientais da UTIN. Heidelise Als criou o NIDCAP Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (Programa de Avaliação e Cuidados Individualizados para o Desenvolvimento do Neonato), cujo foco é adaptar o ambiente e o cuidado por meio de observações comportamentais do bebê, em contínua interação com os pais (LUSSKY, 1999; HEALY, FALLON, 2014).

Nas últimas décadas do século XX e início do XXI, esse desenvolvimento técnico-científico provocou questionamentos nas sociedades e grandes desafios precisam ser encarados pelos profissionais nas UTIN. Nesse cenário, merecem destaque problemas como viabilidade, custo, qualidade de vida, aplicação de novas tecnologias que permeiam o cotidiano de profissionais e familiares.

No Brasil, a situação da criança não era diferente da Europa e dos Estados Unidos no século XIX, visto que se constatava alta taxa de mortalidade infantil, desencadeada pelas doenças diarreicas, moléstias infectocontagiosas da infância, além da falta de condições para atender aos recém-nascidos prematuros e/ou doentes, particularmente aqueles oriundos dos segmentos mais pobres da pirâmide demográfica. A assistência à criança era voltada predominantemente para ações preventivas (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

No século XX, a assistência à criança caracteriza-se por transição quanto à assistência social e filantrópica. Por influência dos países desenvolvidos, desencadeou-se a assistência ao recém-nascido, baseada nos métodos estrangeiros e as primeiras incubadoras

foram instaladas no Dispensário Moncorvo, em 1903, como proposta da criação de um serviço (RODRIGUES, OLIVEIRA 2004).

Marcada pelo discurso eugênico através de metas governamentais e dos discursos dos puericultores, a produção do conhecimento das enfermeiras refletia-se na assistência à maternidade e à infância, em como a mãe deveria cuidar do filho. Alguns setores da indústria, como o farmacêutico, químico e a medicina, apresentaram expansão, o que repercutiu em interesse por pesquisas nesse campo e, por conseguinte na construção de hospitais e instalação de equipamentos médicos e farmacológicos. A transição caracterizou-se pelo modelo de assistência com ênfase à atenção curativa especializada. (RODRIGUES, OLIVEIRA 2004).

A demanda por conhecimentos científicos e tecnológicos foi reconhecida pelas lideranças das enfermeiras, o que favoreceu iniciativas orientadas para o desenvolvimento do saber da enfermagem na área da pediatria. O conhecimento girava em torno da aprendizagem do manuseio das incubadoras, para a manutenção da temperatura dos recém-nascidos, além da preocupação com o controle de infecção e manutenção da respiração (RODRIGUES, OLIVEIRA 2004).

No decorrer do século XX, essas unidades tornaram-se espaços privilegiados para o desenvolvimento de tecnologias, acompanhando o progresso científico da humanidade e configurando-se como um locus de produção de saber.

2.2 Unidades de Terapia Intensiva Neonatal: características e demandas de cuidados

Na atualidade, as unidades de tratamento intensivo (UTI) ou unidade de cuidados intensivos (UCI) são definidas como espaços hospitalares complexos, destinadas ao atendimento de pacientes potencialmente graves ou com risco; por isso, dispõe de quadro de pessoal especializado, assistência médica e de enfermagem ininterruptas, são equipadas com aparelhagens específicas, além de acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e tratamento (BRASIL, 1998).

Essas unidades são classificadas conforme o grau de complexidade da assistência necessária ao diagnóstico e à terapêutica do cliente/paciente, conforme critérios de classificação estabelecidos pela Portaria n.3432, de 12 de agosto de 1998 do Ministério da

Saúde (MS) e adendos definidos pela ANVISA (MS) na Resolução nº 7 de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre requisitos mínimos para seu funcionamento.

A unidade para assistência na área neonatal definiu-se como Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-N), com foco na assistência a pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias (BRASIL, 2010). Assim definida no Art. 5º da Portaria n.3432, a Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotada de estruturas assistenciais com condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos (BRASIL, 2012). O Art. 6º Portaria n.3432 apresenta a divisão das Unidades Neonatal, de acordo com as necessidades do cuidado, da seguinte forma:

- I - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN);
- II - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias:
 - a) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e
 - b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Em de 10 de maio de 2012, a Portaria Nº 930 define as diretrizes e os objetivos para organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do SUS. O teor do documento em tela leva em conta, entre algumas leis e portarias, a NAHRNBP- MC (BRASIL, 2012).

Essas unidades devem dispor de equipe multiprofissional especializada, composta por médicos diaristas e plantonistas com especialização em neonatologia, enfermeiros diaristas e plantonistas - preferencialmente com especialização em neonatologia - e técnicos de enfermagem plantonistas, além de fisioterapeuta, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista e médicos de outras especialidades, para realização de procedimentos específicos, ou elaboração de pareceres.

Nas UTIN em geral é usual o emprego de tecnologias dura e leve-dura, compostas por uma gama de equipamentos, instrumentos/material e procedimentos. Pela natureza do ambiente, a rotina é permeada de incertezas, instabilidade, imediatismo e pode provocar estresse aos recém-natos internados, aos profissionais e seus familiares (SANTOS *et. al.* 2011; BRASIL, 2010).

Identificada pelo senso comum como ambiente frio e hostil, associada geralmente à morte, a internação em UTIN invariavelmente causa temor a leigos, sejam pacientes ou familiares. Entretanto, a experiência indica que se trata de unidade destinada à internação de pacientes considerados graves, mas com grandes chances de sobreviver. Nessas unidades, o foco principal está em medidas intervencionistas e curativas. Essa prioridade faz com que tecnologias leves nem sempre sejam consideradas, evidenciando que os aspectos do cuidado em sua globalidade não chegam a ser contemplado (CHAVES, MASSAROLLO 2009; SANTOS *et. al.* 2011; BRASIL, 2010).

Cotidianamente, vivenciam-se situações emocionais limítrofes; a fragilidade e sofrimento de bebês com os mais diferentes diagnósticos, o limiar entre a vida e a morte, as angústias dos pais e familiares, alguns conflitos por decisões que são (ou não) tomadas, dentre outras... Esse panorama requer a atuação de profissionais comprometidos e capacitados para conciliar competência, agilidade e destreza técnica, com sensibilidade para perceber as necessidades individuais de cada neonato, bem como de seus familiares, sem esquecer-se de suas próprias emoções, por vezes afetadas, não obstante o mais elevado nível de competência técnica. Trata-se também de ser no mundo... (MOREIRA, BONFIM 2004; ROLIM *et. al.* 2008; SANTOS *et. al.* 2011).

Os registros iniciais do cuidado neonatal apontam para um modelo voltado às ações preventivas, o desenvolvimento e interesse pela fisiopatologia do recém-nascido encaminham ao biologicismo, buscando atender basicamente às necessidades de nutrição, hidratação, higiene e eliminações. Progressivamente, o expressivo avanço científico e tecnológico contemporâneo, propulsionado pelo investimento em pesquisas, por longa data, deu destaque a um hegemônico estilo de assistência, centrado na introdução de diferentes equipamentos e meios diagnósticos, além de especialidades médicas e de outras categorias profissionais. Como exposto, trata-se de cuidado pautado em tecnologias duras e leve-duras, onde o olhar tende a conferir prioridade às normas e rotinas para as UTIN e a colocar em segundo plano as ações relacionais, sensíveis e interativas (RODRIGUES, OLIVEIRA, 2005; LUSSKY 1999; RODRIGUES, 2000; TRAGANTE, CECCON, FALCÃO 2010; HEALY, FALLON 2014).

Aos poucos, identificou-se a necessidade de integrar a assistência com tecnologias leves, as quais introduzem aspectos ligados a relações intersubjetivas, relacionais e interativas, no cotidiano de cuidado. Essa compreensão promoveu no cenário mundial ao longo das décadas, significativa mudança de paradigma que, na atualidade destaca modelos de cuidados individualizados, humanizados, globais e integrais. Tais perspectivas estão

centradas no desenvolvimento neurocomportamental, na família, na criação de ambientes assistenciais diferenciados dos padrões anteriormente consagrados, de modo a estabelecer práticas que valorizam o cuidado relacional, abrangente e sensível e exige um olhar que extrapola a fronteira do objeto (BALLWEG, 2001; WALSH *et.al.* 2006; GIBBINS *et.al.* 2008; ALTIMIER, PHILLIPS 2013; MACHADO *et. al.* 2014).

No Brasil, a partir dos anos 1990, provavelmente como reflexos dos movimentos que precederam a Assembleia Nacional Constituinte e a Constituição Republicana de 1988, vieram a público, reivindicações de grupos previamente organizados no campo da saúde, os quais defendiam propostas de assistência integral e integrada, pautada na dignidade humana e na ética, garantindo a assistência humanizada a todos, sem qualquer distinção. Entre outros determinantes, impulsionou medidas voltadas ao desenvolvimento de ações integradas da abordagem técnica com a prática humanizada da assistência. Com tal evolução, transformou-se o paradigma referente ao olhar e desenvolvimento dos cuidados ao cliente e a sua família, ao mesmo tempo em que se oferece suporte e atualização aos profissionais e gestores (VAITSMAN, ANDRADE, 2005).

A reflexão sobre ações meramente mecânicas as quais conferem exclusiva atenção à estrutura protocolar das instituições, em detrimento das necessidades de interação, tendo em vista o desenvolvimento do bebê e apoio à família para que adquira segurança no cuidado, estimulou debates no cenário das políticas públicas de saúde, bem como a criação de grupos organizados de interessados.

Embora se verifique a transformação de práticas anteriores, esse movimento focado na humanização, objetiva reavaliar normas e protocolos que norteiam os cuidados de recém-nascidos gravemente enfermos, para minimizar o impacto negativo de intervenções eventualmente invasivas e agressivas que podem influenciar no processo de desenvolvimento do recém-nascido e na integração familiar (COSTA, PADILHA 2012).

Como se destacou, até então, o recém-nascido tinha pouca visibilidade, tratado como um objeto do cuidado da equipe, ignorando-se suas peculiaridades biopsicossociais. O novo paradigma de cuidado desta alicerçado na necessidade de melhor articulação entre a prática e os requisitos da humanização (BRASIL, 2009; MELO *et.al.* 2012).

Essa vertente abarca um conjunto de iniciativas voltadas à integração da conciliar a melhor tecnologia disponível com o acolhimento e respeito ético e cultural ao paciente, que

demanda espaços favoráveis ao bom exercício técnico e à satisfação dos profissionais de saúde e usuários (DESLANDES, 2004; PUCCINI, CECÍLIO 2004).

Em 1999, o Ministério da Saúde (MS) desencadeou amplo processo de capacitação dos profissionais de saúde, visando posteriormente (2000), à implementação da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (NAHRNBP-MC). Nessa perspectiva, a humanização é formalmente instituída no cenário neonatal brasileiro, a qual marca efetiva mudança no paradigma de cuidado neonatal. O embasamento assenta-se em quatro pilares: acolhimento ao recém-nascido e sua família, respeito às singularidades, promoção do contato pele a pele e envolvimento da mãe nos cuidados ao seu filho. Ainda que o paradigma de cuidado neonatal tenha sido formulado para atenção ao recém-nascido de baixo peso, as ações recomendadas atendem às demandas de todos os RN internados (BRASIL, 2009).

A NAHRNBP-MC é considerada estratégia de qualificação do cuidado pautado na atitude dos profissionais de saúde diante do bebê e de sua família, a partir de assistência que não se limita ao conhecimento técnico específico. Os conteúdos das normas, rotinas e intervenções não foram modificados; o que se alterou foi o modo o olhar e prestar o cuidado (BRASIL, 2009).

Como se depreende, o processo evoluiu para novo paradigma de cuidado neonatal, evidente nas UTIN. Nessa trajetória, o saber profissional exige constantes reflexões para reconfigurar as práticas enraizadas no cotidiano assistencial tradicional. Por certo, a missão ainda representa significativos desafios. Isso porque, quaisquer que sejam as mudanças necessárias, são admissíveis algumas resistências, devido ao apego a práticas usuais e até o receio subjacente a qualquer processo inovador. Esse dado de realidade demanda acompanhamento e avaliação contínuos, para identificar barreiras, perplexidades, demandas de atualização, ao mesmo tempo em que a identificação dos resultados alcançados possibilita ajustes pertinentes a cada situação, sem que se permita a criação de problemas crônicos.

2.3 A atuação da equipe de enfermagem no cenário da UTIN

A enfermagem exerceu papel fundamental no início do desenvolvimento da neonatologia. Muitos dos cuidados preconizados por Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna durante o período de cuidado aos enfermos da guerra da Criméia em 1854, tais como: o aquecimento, a necessidade de descanso, nutrição, silêncio e higiene,

serviram de base para o cuidado neonatal. (AVERY, 1999; TRAGANTE, CECCON, FALCÃO 2010).

O pediatra Julius Hess (1951) refere que os melhores resultados obtidos no cuidado aos recém-nascidos prematuros eram alcançados, quando enfermeiras bem treinadas estavam à frente do serviço e na supervisão dos cuidados prestados. Esse reconhecimento resultou na criação de um fundo de investimento específico ao treinamento de enfermeiras para atuar na área da neonatologia, em Chicago (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Ao estabelecer o primeiro berçário de prematuros no Sarah Morris (Chicago), Hess contratou a enfermeira Evelyn Lundeen para assumir a chefia. A época, o objetivo do cuidado era manter a temperatura do corpo, evitar infecção e proporcionar nutrição. A pediatria defendia o uso do leite materno como fonte alimentação do prematuro e exigia o uso de avental, gorro e máscara tendo em vista controle da infecção (LUSSKY, 1999).

Os hospitais Michael e Sarah Morris promoveram cursos sobre técnicas de assepsia e do transporte neonatal, sob a chefia da enfermeira Evelyn Lundeen. Como em outras cidades, criaram-se os chamados “viveiros de prematuros”: Lundeen viajava para ensinar os princípios do cuidado de enfermagem à clientela. Com Hess, ela foi coautora de livro pioneiro sobre os cuidados de bebês prematuros (LUSSKY, 1999; THE PITTSBURGH PRESS, 1940).

Montanholi *et. al.* (2011) relatam que, na Argentina, a atenção ao RN por enfermeiras na UTIN é amplamente reconhecida e que, dos profissionais envolvidos no cuidado perinatal, a enfermeira representa categoria essencial. Os autores mencionados acrescentam que conclusões de estudo realizadas nos Estados Unidos indicam como imprescindível a presença da enfermeira neonatal na UTIN e, juntamente com o médico, atua na decisão sobre condutas de tratamento, assistência direta ao neonato e suporte emocional às famílias.

Análise documental realizada por enfermeiras brasileiras identificou que a sistematização do cuidado ao recém-nascido começou a partir da década de 1950. No período estudado (1937-1979), os cuidados mais frequentes foram classificados⁸ pelas autoras em três tipos: cuidados diretos básicos, cuidados diretos específicos e os cuidados indiretos. Os cuidados diretos compreendiam banho, cuidado com coto umbilical, verificação de peso e de

⁸ Esta classificação havia sido usada por Hess em 1922.

sinais vitais, alimentação, observação de eliminações, orientações aos pais para alta. Os cuidados diretos específicos abrangiam aqueles prestados em pós-operatório, a patologias específicas dos neonatos ou medidas de controle para infecções. Os cuidados indiretos não eram propriamente aplicados ao bebê, pois envolvia higienização de equipamentos e mobiliários, limpeza do ambiente e técnicas de controle de infecções (RODRIGUES, OLIVEIRA, 2005).

No Brasil, a enfermagem neonatal busca consolidar conhecimentos científicos. As demandas científicas e tecnológicas requerem continuamente maior e melhor fundamentação à prática do cuidado, de modo a estabelecer dinâmica de trabalho coerente com os princípios de humanização e de atendimento especializado ao recém-nascido (MALAGUTT, MIRANDA, 2011).

O enfermeiro acompanha a evolução e assume o desafio de conciliar de forma consciente e coerente a repercussão da tecnologia no cotidiano de cuidado ao recém-nascido nas unidades neonatais, além de estimular relacionamento interpessoal baseado na sensibilidade, integralidade e segurança (GAIVA 2006; CRUZ *et.al.* 2011).

Para garantir cuidado integral, humanizado e eficiente, a enfermagem utiliza o Processo de Enfermagem no planejamento e implementação das diferentes etapas do cuidado, conforme as necessidades de cada caso. A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) na UTIN é de fundamental importância, pois a assistência qualificada não se limita à preservação e sobrevivência do RN, eis que tem o compromisso e responsabilidade de atender com qualidade e minimizar sequelas (MOREIRA *et.al.* 2012).

Estudos revelam interesse do profissional de enfermagem das UTIN em aperfeiçoamento, para melhor atender as necessidades de saúde dos recém-nascidos, mediante frequência a cursos de qualificação *lato e stricto-sensu*. Nesse sentido, em certos casos, elas precisam superar entraves administrativos e gerenciais para realizar seu intento (ROLIM, CARDOSO 2006; ROLIM *et. al.* 2008, CARMO, 2010).

Para melhor contextualizar como o cuidado neonatal com base na relação cuidado/humanização vem sendo pesquisado pela enfermagem, realizei levantamento on-line na biblioteca virtual de saúde (BVS) de artigos a partir dos descritores de saúde: humanização, unidade de terapia intensiva neonatal, cuidados de enfermagem, com recorte

temporal 2000/2014. Depois de todas as etapas de elaboração, selecionei 25 artigos, os quais possibilitaram analisar facetas pouco explícitas.

Compreendendo o cuidado de enfermagem como integrante do cuidado neonatal, Simsen e Crossetti (2004), investigaram o significado do cuidado ao neonato sob o olhar dos cuidadores de enfermagem de uma UTIN e evidenciaram diferentes nuances do cuidado e do (des) cuidado de enfermagem ao neonato, ao profissional, ao familiar e no ambiente. As autoras ressaltam que a forma como o profissional de enfermagem realiza cuidados pode influenciar no processo saúde-doença do recém-nascido e interferir no seu crescimento e desenvolvimento, sendo essencial que os profissionais estejam qualificados para atender as transformações dos diferentes momentos sociais, políticos, econômicos e as demandas tecnológicas atuais, sem, no entanto esquecer que o cuidado ao paciente é o objeto fundamental do seu trabalho. O cuidado humanizado envolve o cuidado profissional e o cuidado expressivo requer compreensão do recém-nato com olhar holístico, que precisa ser respeitado em suas condições específicas.

A política de humanização estabelece como uma das ações a serem implementadas no cuidado neonatal, o acolhimento aos pais e familiares do recém-nascido internado, com o objetivo de amenizar o sofrimento decorrente do processo de hospitalização, possibilitar maior integração da família com o bebê, dar voz à mãe e a família no ambiente da UTIN, colaborando para a integração profissional-cliente (REICHERT, LINS, COLLET 2007; CRUZ *et.al.* 2010).

Compreender o cuidado neonatal em suas relações de ser com o outro, evidencia a percepção do usuário e/ou dos profissionais sobre a referida ação, contribuindo para o aprimoramento de medidas compatíveis com a assistência humanizada. Spir, *et. al.* (2011) concluíram que a atenção propiciada pela equipe multiprofissional, principalmente os profissionais de enfermagem, é reconhecida pelos pais como cuidado humanizado e, quando este profissional não atende às expectativas, apresentando atitudes de descaso, é entendido pelos usuários como cuidado desumano. Vasconcelos *et. al.* (2006) e Molina *et. al.* (2009) em seus estudos chegaram a percepções semelhantes.

A inserção dos pais e da família no ambiente da terapia intensiva neonatal é cada vez mais valorizada, como forma de tecnologia leve, que imbrica as inter-relações contextuais. Costa e Padilha (2011), ao analisarem o modo como vem sendo instituído o saber em relação à presença da família, identificaram muitas construções e desconstruções no cotidiano de cuidado na UTIN, ao mesmo tempo em que sublinharam a premência de se estabelecer uma relação de parceria no cotidiano do cuidado.

Corroborando com as autoras mencionadas, o estudo de Oliveira *et. al.* (2013) analisou como ocorria a assistência de enfermagem aos pais e ao recém-nascido de risco. Os resultados ressaltam a necessidade de estratégias para incluir os pais na assistência ao recém-nascido na UTIN, para que se alcance uma assistência humanizada.

Lins *et. al.* (2013), ao analisarem a percepção da equipe de Enfermagem acerca da humanização do cuidado ao RN de risco, por meio de ações dos profissionais de enfermagem evidenciaram que a enfermagem concebe a humanização como fator essencial para o cuidado na UTIN e projeta esse entendimento para a prática cotidiana. Como outros pesquisadores, reforçam a importância da inclusão da família no cuidado ao bebê como critério de humanização do cuidado.

O acolhimento reside em estar-com, ouvir, ensinar, tirar dúvidas, compreender, possibilitar que o outro seja presença e não somente esteja presente, de modo que os pais e familiares não sejam apenas vistos como visitantes para o bebê, mas que leve a efeito a integração, mediante construção de vínculos e parceria, tendo em vista a segurança para ser-com o bebê. (GURGEL, ROLIM, 2005; REIS *et. al.* 2013, MELO *et. al.* 2013).

Merighi *et. al.* (2011) apontam ser o enfermeiro o elo dos pais no cuidado ao RN na UTIN, na tríade enfermeiro-neonato-pais. Corroborando com as autoras, Rolim e Cardoso (2006), Gurgel e Rolim, (2005) reconhecem o enfermeiro como agente facilitador no processo de humanização, o que exige respeito à opinião da mãe, aos valores e costumes da cultura da família, incentivo à participação e prestação de informações compreensíveis ao nível de entendimento da clientela.

Embora a enfermagem seja responsável por favorecer ações de humanização do cuidado neonatal, Gorgulho e Rodrigues (2010) evidenciaram que os profissionais ainda não refletem, rotineiramente sobre as intervenções mediadoras desse processo. No estudo citado, reitera-se que a função de mediador nas relações entre mãe/recém-nascido não pode ser mecânica e impessoal, eis que requer cuidado especial para atender as demandas do binômio mãe-bebê.

O principal meio para a integração é a comunicação, tema destacado na humanização do cuidado. Rolim e Cardoso (2006) e Simsen e Crossetti (2004) chamam atenção para aspectos vinculados à comunicação verbal e não-verbal emitidos por bebês, familiares e outros profissionais, durante o cuidado na UTIN. Reis *et. al.*(2013) complementam ser a comunicação eficaz e eficiente um dos indicadores da prática humanizada.

Farias *et. al.* (2010) identificaram como forma de comunicação mais frequente junto ao RN o aconchego e o toque carinhoso, com predomínio do contato visual e do tom de voz

adequado. Esses elementos foram identificados como essenciais à humanização no cenário do cuidado neonatal, uma vez que a comunicação não-verbal é o meio de contato mais eficaz do bebê com o mundo. As autoras expressaram que ainda há carência desse mecanismo tão básico e, ao mesmo tempo, tão valioso no ambiente de trabalho. Por isso, defenderam mudanças no cuidado, como maior atenção, percepção, competência técnico-científica, com vistas à sensibilização e conscientização para um cuidado humanizado.

Outro aspecto do cuidado neonatal está relacionado à manutenção da integridade da pele do recém-nascido, elemento fundamental, pois, quanto mais prematuro o RN, mais exposto a possibilidades de injúria estará sua pele. Rolim *et. al.* (2008) referem que a pele atua como interface na relação do meio externo e interno do corpo; através dela, incorporam-se sensações prazerosas ou desagradáveis. Esse dado de realidade faz com que se destaquem práticas como o cuidado com a delicadeza do toque e a sistematização de condutas e protocolos voltados a um manejo carinhoso e delicado com o bebê, em todos os momentos. Não obstante esses requisitos, as autoras concluíram que:

Apesar da importância da pele para a sobrevivência do RNPT, poucas vezes ela é foco de atenção numa UTIN, pois nesta os cuidados estão voltados aos outros sistemas orgânicos considerados vitais (ROLIM *et. al.* 2008 p.111).

A sistematização de condutas para garantir cuidado individualizado e humanizado implica transformações e adaptações permanentes. Essa linha de argumentação encontra respaldo nas considerações de Pinheiro *et.al.* (2011) e Peixoto *et.al.* (2011), quando destacam que transformar a UTIN em um ambiente de assistência humanizada pressupõe conjugar saberes, manter um processo de comunicação efetiva, escuta e diálogo, como também fazer bom uso de equipamentos e zelar por uma ambiência, que minimize danos e desconforto ao recém-nascido.

Outra esfera de suma importância se refere ao controle da temperatura do RN, tema da primeira dissertação na área, intitulada Sistematização da verificação de temperatura do recém-nato de baixo peso - um instrumento de controle da enfermagem, de Nely Pereira Gomes, publicada em 1981 pela EEAN/UFRJ.

É interessante registrar que, na atualidade, o assunto é pouco explorado, sugerindo que se trate de prática bem consolidada entre os profissionais, ou que os sofisticados equipamentos possibilitem adequado controle automático da temperatura (COSTA *et.al* 2010).

Rolim *et. al.*(2010) estudaram a percepção da enfermeira no cuidados na termorregulação dos recém-nascidos prematuros, evidenciando que, embora as enfermeiras apresentassem conhecimentos sobre essa demanda e aplicassem medidas apropriadas, ainda havia a necessidade de estabelecimento de rotinas acerca da termorregulação do RNPT. Apontam que deve ser priorizado um cuidado humanizado, como a utilização do contato pele a pele, preconizado pelo Método Mãe Canguru, de modo a possibilitar adequada manutenção da temperatura do RN, além de favorecer a formação e o fortalecimento do vínculo mãe e filho. Complementam que, para a enfermeira cuidar do RN de forma humana e individualizada, ela precisa muito mais do que conhecimentos e habilidades técnicas.

Nas UTIN, os recém-nascidos são rotineiramente expostos a procedimentos e intervenções que geram stress, dor e sofrimento: todas essas circunstâncias exigem ações essencialmente pautadas na humanização. Veronez e Corrêa (2010); Santos, Ribeiro e Santana (2012) evidenciaram que, embora os profissionais reconheçam que o RN sinta dor, manifestada por meio de alterações comportamentais, como choro, expressão facial, resposta motora e irritabilidade, ainda assim, as ações para alívio desses sinais não são realizadas por todos os profissionais. Segundo conclusões dos mencionados estudos, não havia protocolo de avaliação e manejo da dor em várias unidades neonatais. Num processo de cuidado humanizado, tal lacuna é problema inaceitável e demanda pronta atualização.

Corroborando com as autoras Mendes *et. al.* (2013) apontam que o alívio da dor é conduta que atende aos princípios fundamentais de uma atenção humanizada das responsabilidades éticas no cuidado neonatal.

Pereira *et. al.*(2013), na intenção de fortalecer as bases fundamentais do cuidado desenvolvimental e humanizado, identificaram um excesso de manipulação no RNPT internado na UTIN, o que pode propiciar desconforto, além de obstáculos ao processo de desenvolvimento e crescimento. Em estudo semelhante, Magalhães *et. al.* (2011), observaram a presença de várias respostas fisiológicas e comportamentais diante das diversas atividades realizadas pelos profissionais, Segundo conclusões do estudo, essas alterações podem indicar desconforto, desorganização e dor para o RN. Tendo em vista a mudança de paradigma no cuidado, é imprescindível desenvolver observações e avaliar a manipulação dos RN, no intuito de subsidiar e aperfeiçoar a rotina da assistência neonatal, buscando estratégias que reduziam o excesso de manipulação, sem prejuízo dos cuidados essenciais ao bebê.

Os estudos mencionados são muito relevantes, eis que trazem a lumes diferentes nuances do cuidado neonatal, entrelaçando aspectos técnico-científicos, relacionais e organizacionais, com foco nos avanços científicos e holísticos voltados a abranger a

complexidade da assistência neonatal, na esteira do cuidado humanizado. Entre outros aspectos específicos relacionados ao cotidiano da assistência ao RN, sugerem novas investigações que contribuam para aprimorar a vertente integral e integrada do cuidado, sempre alicerçado nos princípios do paradigma da humanização. Sob essa vertente de análise, identifica-se o desempenho que a enfermagem neonatal brasileira, quando busca fundamentar em estudos sistemáticos propostas de atualizações as quais têm o potencial de fortalecer, complementar e integrar a prática segura e humanizada. Dessa forma, os pesquisadores da Enfermagem cooperam para o acelerado desenvolvimento e investimento que vêm ocorrendo na neonatologia.

Esses investimentos intelectuais, integrados com o que ocorre nas unidades é de fundamental relevo. Não se pode ignorar que, em complemento com as dimensões técnicas e tecnológicas, o cuidado é um modo de ser e estar com o outro no mundo, vivenciar questões especiais das diferentes fases da vida. Lidar com as singularidades humanas não é tarefa fácil. Compreender permite ao *Ser* o acesso a sua existência e a dos outros *seres* que partilham o mundo com ele. Por sua natureza eminentemente subjetiva, todas essas missões são de alta complexidade, pois não se expressam em números e nem sempre são observáveis à primeira vista.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

3.1 A Fenomenologia

O termo fenomenologia foi utilizado por alguns pensadores ao longo da história da filosofia, no sentido de uma reflexão que se volta à descrição daquilo que aparece, ou ciência que tem como objetivo ou projeto a descrição daquilo que aparece ou se manifesta (ABBAGNANO, 2000).

Derivado do grego “*phainomenon*” e “*logos*”, o termo fenomenologia denota aquilo que se mostra por si mesmo; advém do verbo “*phainesthai*”, que sugere o sentido do desvelar, do manifestar e *logos*, discurso esclarecedor. Dessa integração resulta o significado de Fenomenologia, como discurso esclarecedor daquilo que se mostra em si mesmo: que se desvela. Desvelar compreensivamente é descrever o fenômeno, sem o intento de explicá-lo (CAPALBO 1984; ALMEIDA *et. al.* 2009).

A origem do movimento fenomenológico radica na Alemanha, entre o final do século XIX e o início do século XX; seu precursor foi o filósofo alemão Edmund Husserl (1859-1938) que, em busca de fundamentação para refletir sobre as bases psicológicas dos conceitos básicos da matemática e de outras ciências, aproximou-se da Filosofia. Sob a influência do pensamento de Platão, Descartes, Franz Brentano e das discussões epistemológicas empreendidas por Wilhelm Dilthey, apreendeu a noção de intencionalidade da consciência, levando-o a uma contínua reflexão sobre o que, mais tarde, designou como “Ciência Eidética” (HUSSERL, 2001).

Conforme lição de Capalbo (1996), na concepção do ilustre pensador, ciência eidética é rigorosa, descritiva, não dedutiva, eis que pretende mostrar o fenômeno na sua essência, como realmente é. Husserl compreende fenômeno como aquilo que é imediatamente dado à consciência, entendendo por consciência a atitude constituída por atos (percepção, imaginação). Por sua vez, a descrição dos atos da intencionalidade possibilita atribuir significados através da consciência de algo, partindo de experiência vivida no mundo cotidiano.

Uma das ideias principais é a de que “toda consciência é consciência de alguma coisa”. Husserl rejeitava o naturalismo que as ciências exatas imprimiam ao objeto, tratando-o apenas pelas manifestações exteriores do fenômeno, sem se dedicar à reflexão sobre a própria natureza do mesmo. Husserl buscou no fenômeno o núcleo central invariante, que designou como essência e subsiste, frente às variações imaginárias. Em seu entendimento, a

torna possível atingir o mundo da consciência. Somente partindo das coisas mesmas, clarificadas pela evidência, é viável alcançar a adequação da ciência (HUSSERL, 2001; CAPALBO, 1996; TOURINHO, 2009).

Husserl apresenta a fenomenologia como uma ciência, uma conexão de disciplinas científicas, mas, ao mesmo tempo e acima de tudo, um método e uma atitude intelectual, ambos especificamente filosóficos (TOURINHO, 2009; ZUBEN, 2011).

As intuições fundamentais de Husserl, pautadas na atitude intelectual e método fenomenológico, desencadearam um movimento de ideias que se espalhou em diferentes direções, alcançando o reconhecimento de diferentes filósofos, os quais contribuíram para descobrir formas diversificadas de aplicação do método. Um dos seguidores de Husserl foi Martin Heidegger, cuja ontologia fenomenológica propõe-se ao estudo do ser, construindo uma analítica existencial (FRADIQUE MORUJÃO, 2002; HEIDEGGER, 1991, 2012).

3.2 A fenomenologia heideggeriana

Martin Heidegger, filósofo alemão, nasceu em 26 de setembro de 1889, em uma pequena cidade Meßkirch na Alemanha e faleceu aos 86 anos em Friburgo/Alemanha. Estudou teologia na Universidade de Friburgo, pois desejava ser padre. Interessado também pela filosofia, frequentou este curso na mesma Universidade, onde se aproximou de Edmund Husserl, o fundador da fenomenologia. Aluno aplicado, foi assistente do mestre por longo tempo, quando estudou as obras de vários filósofos como, Hegel, Schelling, Kierkegaard e Nietzsche, Kant, Dostoievsky, Rilke, Trakl.

De 1915 a 1923, Heidegger assumiu a função de professor substituto na Universidade de Friburgo e, de 1923 a 1928, exerceu a docência na Universidade de Marburgo (Prússia). Em 1927, publicou sua maior obra filosófica "Ser e Tempo". Dedicou o trabalho a Husserl, que não a aprovou, o que ocasionou o rompimento entre ambos. Uma das principais diferenças é que Husserl entendia que o sentido se mostra; é transparente, evidente, embora não diretamente, ao passo que Heidegger entendia o sentido é sempre velado, sendo que o significado vela o sentido. Após o lançamento de Ser e Tempo, Heidegger foi considerado o maior nome da filosofia metafísica, um dos pensadores fundamentais do século XX.

Na obra referida, Heidegger defende que o significado do conceito formal e vulgar de fenômeno justifica que se denomine fenomenologia todo mostrar-se do ente, tal como se apresenta em si mesmo. Ele vai além do questionamento: em qual relação o conceito formal de fenômeno deve ser desformalizado para tornar-se conceito fenomenológico, em que ele difere do conceito vulgar? Que é que a fenomenologia deve “fazer ver” para ser denominado fenômeno? Ele próprio responde a esse questionamento reflexivo e profundo, afirmando:

É manifesto que se trata do que precisamente *não se mostra* de pronto e, no mais das vezes, do que permanece *oculto* no que se mostra de pronto e, no mais das vezes, mas que é ao mesmo tempo algo que pertence essencialmente ao que se mostra de pronto e no mais das vezes, ao ponto de até constituir seu sentido e fundamento. (HEIDEGGER, 2012. p 121)

Heidegger, em *Ser e Tempo*, apresenta o homem como expressão ontológica, que pode ser compreendida não como uma estrutura fixa, objetual, apreendida e esgotada, mas como um ser em si mesmo, em sua ocasionalidade, que se mostra encoberto e velado, circunscrito na temporalidade.

Nessa obra, dedica-se à compreensão do sentido do Ser, mais precisamente à questão da unidade do sentido do ser, na multiplicidade de suas acepções. Os pré-conceitos iniciais de suas indagações a respeito do *ser* que estabeleceram sua ontologia estabelece que:

1- “O ‘ser’ é o conceito mais universal”; está presente na apreensão de cada ente, mas ultrapassa a universalidade genérica; é transcendental, porém essa transcendência não o clarifica (LOPES, SOUZA 1997; ZUBEN, 2011; HEIDEGGER, 2012 p.35).

Ao se dizer que o “ser” é o conceito mais universal, não se diz, contudo que esse conceito seja o mais claro, de sorte que toda a discussão ulterior se faz desnecessária. Ao contrário, o conceito de “ser” é o mais obscuro. (HEIDEGGER, 2012, p. 37).

2- “‘Ser’ é um conceito indefinível”, que se conclui-se da sua universalidade. O ser não pode ser concebido como ente, nem definido por conceitos superiores ou exibido por inferiores; assim não se pode aplicar ao ser definições tradicionais determinadas ao ente. A indefinição conceitual do ser não nos dispensa de perguntar sobre seu sentido; ao contrário, tornar-se indispensável (HEIDEGGER 2012 p.37).

3- “O ‘Ser’ é o conceito que pode ser entendido-por-si-mesmo”. Não passível de definição, no entanto, o ser está incluído em todo enunciado referente a qualquer ente. Subjacente ao modo pelo qual cada ente se comporta há um comportamento do ser, quase

sempre encoberto, obscuro. A compreensão imediata do ser demonstra a necessidade de repetidos esforços para buscar o sentido do ser (HEIDEGGER 2012, p. 39).

Esse ente que somos cada vez nós mesmos, expõe a determinação-de-ser única do *Dasein*, que consiste em sua existência, esta é sua essência. Tal abordagem possibilita a compreensão do homem na sua existencialidade, como ser no mundo, que se apresenta ou se mostra em diferentes modos de ser. Estando no mundo, o ser existe no tempo e está lançado a constantes mudanças, deparando-se com novas possibilidades e convivendo com elas à medida que continua existindo no tempo. “Todo ser desse ente é primeiramente ser” (HEIDEGGER, 2012 p.141).

“O ser que, para esse ente está em jogo em seu ser é, cada vez o meu”. A apreensão do *Dasein* não poderá ser totalmente realizada, pois que o ser, em seus diferentes modos-de-manifestar-se tem a possibilidade de mostrar-se, podendo “ganhar a si mesmo ou[...]se perder” (HEIDEGGER, 2012 p. 141).

Ao entender o homem como ser-aí que ex-siste no mundo, lançado a mostrar-se ou não em sua existencialidade, compreendi-me em minha existencialidade, lançada no mundo do cuidado intensivos neonatal. Sendo nessa cotidianidade, vem-me ao encontro o outro e as coisas, entes envolventes ou não. Heidegger refere que o entendimento do ser encaminha o sentido. De modo que reconhecer a necessidade de buscar respostas às inquietações suscitadas no cotidiano da UTIN possibilita o *cuidado* constitutivo do ser-aí e do ser-aí-com. Assim, direcionei meu olhar a buscar no ser profissional de enfermagem que trabalha na UTIN o sentido do cuidado neonatal.

O *cuidado*, no olhar da concepção heideggeriana refere-se ao modo-de-ser-no-mundo do ser-aí em sua existencialidade; significa dizer que o *cuidado* revela as condições de possibilidade para se entender as perspectivas da vida humana em sua cotidianidade e assim, diante da abertura às perspectivas, realizar a compreensão dessa cotidianidade. Nesse entendimento, *cuidado* diz respeito a um modo fundamental de relação com a ação humana, com relações pessoais e sociais, numa perspectiva não somente de familiaridade cotidiana, mas de um *cuidado* em sua totalidade, de uma condição existencial. (HEIDEGGER, 2012).

No cotidiano de cuidados intensivos, a todo tempo afloram situações que fazem parte da trama da vida, fenômenos da existência humana, de forma que os profissionais que ali

trabalham, vivenciam e experienciam possibilidades em diferentes modo-de-ser, por vezes capazes de olhar, além do que está visível e palpável.

Cada profissional, embora pertencente a uma categoria com aprendizagens e formação semelhantes, é um ser único e carrega consigo um modo-de-ser e de agir diferente do outro. Ao cuidar, cuida-se de alguém que também re-vela um modo-de-ser. Nessa perspectiva, o *cuidado* é concebido como experiência na qual o ser humano vive em relação com diversos contextos e situações diversificadas. Dar possibilidade a cada ser de expressar significados sobre suas vivências e experiências viabiliza a compreensão de facetas do *cuidado* que se encontram obscuras, veladas.

Busquei por meio do pensamento e do método heideggeriano significados do fenômeno cuidado neonatal a partir do mundo vivido desses profissionais. ; “Resgatar o sentido do cuidado em saúde possibilita visitar a direção que tal questão tem tomado no cotidiano das práticas” (ANÉAS, AYRES, 2011 p.653).

3.2.1 O Cuidado como ser do *Dasein*

O conceito de *Preocupação*⁹ (*Sorge*¹⁰) é definido como o ser do ser-aí (*Dasein*), ente principal da analítica existencial, desenvolvida por Martin Heidegger em sua principal obra - *Ser e Tempo*. No pensar Heideggeriano, o cuidado é constitutivo do ser no mundo, é a sua essência. Em sua existencialidade o ser – *Dasein* - se move para e pelo cuidar, ao ser lançado no mundo, seu existir está aberto a infinitas possibilidades de ser em diferentes modos (HEIDEGGER, 2012).

Para Heidegger, (2012) o termo *cuidado* indica uma estrutura inerente, que possibilita o *Dasein* se reconhecer em sua dimensão existencial, em um *cuidado autêntico*, é um sentimento que se possui com relação à própria existência.

O *Dasein* representa unidade ôntica-ontológica do homem; o *Dasein* é um ente privilegiado diante de todo outro ente, pois para esse ente está em jogo seu próprio ser, e *sendo* estabelece uma relação-de-ser com seu próprio ser. O homem é aquele que se percebe, se dá conta e responde ao ser, apreende o ser não através de conceitos, mas naquilo que é. “O

⁹A expressão preocupação na analítica heideggeriana tem o mesmo sentido de cuidado

¹⁰ *Sorge* : preocupação

entendimento-do-ser é ele mesmo uma determinidade-do-ser do *Dasein*” (HEIDEGGER, 2012. p59).

Ao existir, está em relação com algo ou alguém, compreende-se e entende-se em suas experiências, estabelecendo significados próprios aos objetos e seres em seu mundo, assim dá sentido à sua existência. Então, o *ser-aí*, pode ser compreendido enquanto um ser-no-mundo; ser-no-mundo que não surge em-si-mesmo; abarca uma trama de relações significativas, que se constitui no próprio mundo, em sua temporalidade, assim entendida como o *sentido* do ser do *Dasein*. O tempo é concebido como o horizonte de todo *entendimento-do-ser* e de toda *interpretação-do-ser* (HEIDEGGER, 2012, p.75).

Sendo-no-mundo, o *Dasein* está disponível a possibilidades de conduzir seus sentidos para a vida, em busca de sua condição existencial autêntica. “O *Dasein* sempre se entende a si mesmo, a partir de sua existência; a saber, de sua possibilidade de ser si mesmo ou de não ser si mesmo” (Op. Cit. 2012, p.61).

O *cuidado* é referido como o modo de ser da facticidade do existir do homem. “Faticidade é a designação para o caráter ontológico de ‘nosso’ *ser-aí* ‘próprio’ [...] esse *ser-aí* em cada ocasião” implica a constatação do *factum* do *Dasein* no mundo – o já-ser-em (HEIDEGGER, 2016, p.13).

O *cuidado* possibilita ao *ser-aí* compreender a própria singularidade e finitude. O *Dasein*, em sua disposição, projeta-se no poder-ser “mais-próprio”, de escolher na possibilidade de propriedade e de improriedade (HEIDEGGER. 2012).

É no fenômeno da angústia que o *ser-aí*, sendo-no-mundo, vivencia, na maioria das vezes, a angústia imprópria relacionada ao medo e ao temor em suas modalidades. Heidegger refere que a angústia própria como experiência autêntica é rara, bem como sua interpretação. É um momento fugaz do *ser-aí*; porém, somente na angústia rara, existe a possibilidade de nova abertura, de resgate do *Dasein* do seu decair em sua cotidianidade (HEIDEGGER, 2012, p.532).

A analítica heideggeriana expõe que o *cuidado* abrange as unidades de determinações-do-ser; quer dizer, ela caracteriza a existencialidade e compreende também a factualidade e o decaimento. Essa estrutura tripartida favorece um modo de entendimento do cuidado que não o limita, mas projeta-se como possibilidades (HEIDEGGER, 2012).

A existencialidade é anunciada como o antecipar-se-a-si do *ser-aí*; isso é, refere-se ao poder-ser pertencente ao *ser-aí*, sua condição ontológica primordial. É essencialmente

determinada pela factualidade, existir é estar lançado no mundo da solitudine (*Fürsorge*¹¹), e das ocupações (*Besorge*¹²) onde o ser-aí cuida dos outros e das coisas. O ser-aí não é somente um poder-ser-no-mundo, mas, ao estar lançado no mundo encontra-se absorvido no mundo da ocupação (HEIDEGGER, 2012).

Como ser-aí lançado no mundo, define-se por si mesmo no seu ter-que-ser, não existindo, de antemão, qualquer regra sócio-histórica definidora ao seu projetar-se. Conforme esclarece Heidegger:

“E só porque o ser do ‘aí’ recebe sua constituição pelo entender e pelo seu caráter-de-projeto, porque ele é aquilo em que se torna ou não se torna, pode ele, entendendo a si mesmo, dizer: ‘torna-te o que és!’” (HEIDEGGER, 2012, p.414).

Em sua facticidade de ser-lançado no mundo o *ser-aí* tem a possibilidade de entender a si e ao mundo e ser coentendido. Tal entendimento pode apresentar-se com características de propriedade ou impropriedade, autenticidade ou inautenticidade.

“A visão que se dá existencialmente com a abertura do ‘aí’ é o *Dasein*, nos seus distintos modo-de-ser fundamentais já caracterizados e igualmente originários, como o ver-ao-redor da ocupação, respeito da preocupação-com, visão do ser como tal, em vista do que o *Dasein* é cada vez como ele é.” (HEIDEGGER, 2012, p.417).

A facticidade remete ao *cuidado* na preocupação e ocupação cotidianas com o ente e o utilizável que vem ao encontro. “O ser ocupado junto ao utilizável se dá a entender a partir da significatividade aberta no entender-o-mundo [...] cada vez com o ente que vem-de-encontro”. A interpretação se dá pela fundamentação de um ter-prévio, ver-prévio e conceito-prévio, desse modo o utilizável já é priori entendido a partir da totalidade da conjunção (HEIDEGGER, 2012, p.421).

O decair ou decaimento entendido como constitutivo da abertura do “aí” do *ser-aí*, é um caractere ontológico existencial do *Dasein*, que sinaliza o modo-de-ser inautêntico e impessoal na cotidianidade mediana. No cotidiano, o *Dasein* refugia-se de si mesmo se mistura com outros *ser-aís* no mundo, e se absorve no contexto da ocupação e da publicidade. Nos modos deficientes do entender e interpretar o discurso, a enunciação e a linguagem, o ser-aí decai em seu vir-a-ser no modo da impropriedade, significado pelo falatório, pela curiosidade e pela ambiguidade (HEIDEGGER, 2012).

Nessa perspectiva, as relações com os outros no mundo cotidiano tornam-se delineadas pelas interpretações coletivas, é fazer e falar o que os outros fazem e falam. O

¹¹ Fürsorge : preocupação-com-o-outro

¹² Besorge : ocupação

Dasein fático se apresenta no modo de ser da impropriedade; quer dizer, ele se desvela no modo de ser dos outros e assim o seu modo próprio de ser encontra-se latente em seu modo impróprio de ser. Vale dizer: velamento e desvelamento formam duplicidade inerente ao existencial da decadência; sendo assim, a condição de possibilidade que consente o *Dasein* fático a dissuadir-se da latência e a desvelar-se propriamente (HEIDEGGER, 2012).

O falatório constitui o modo-de-ser do entender e interpretar do ser-aí na cotidianidade; é a ilusão da possibilidade de compreender tudo, sem que se tenha apropriado previamente da coisa, pois o que foi expresso encobre, cada vez, entendimento e interpretação, “a coisa é assim porque a-gente o diz”. O falatório não se limita ao repetido oralmente, estende-se ao que é lido superficialmente, caracterizado por Heidegger como *escrevinhação*. Esses modos-de-ser cotidiano não apresentam o modo-de-ser do consciente, de buscar mais sobre o fundamento daquilo que se discorre, há um fechamento em si-mesmo (HEIDEGGER, 2012, p.475).

A curiosidade, enquanto fenômeno existenciário do *Dasein*, constitui o modo-de-ser referente ao *ver* da cotidianidade, que expressa forma peculiar de o mundo vir-de encontro na percepção. Caracteriza-se por um desfastamento do que está mais próximo. Busca sempre novas possibilidades, somente para trazer para perto, mas não os detém em permanência contemplativa, por buscar na inquietação e excitação sempre o novo, estar em constante movimento de mudança.

“A curiosidade não se ocupa em ver para entender o visto, isto é, para entrar numa relação de ser com o visto, mas busca *somente* vê-lo. Busca o novo só para saltar novamente desse para outro” (HEIDEGGER, 2012, p.485).

Na ambiguidade “tudo se afigura autenticamente entendido, apreendido, expresso e, no fundo, não o é, ou então, não parece e, no fundo, é”. Essa ambiguidade pode estender-se não apenas ao mundo, como também ao ser-com-o-outro e ao *Dasein* consigo mesmo (HEIDEGGER, 2012, p. 487).

Esse modo impessoal do *a-gente* domina a maneira de existir com os outros cotidianamente, delinea a vida, constituindo o mundo público, que no pensar heideggeriano se revela na ocupação, no uso e manuseio dos instrumentos e na lida com os outros que nos vêm ao encontro.

A cotidianidade revela mundo familiar, em que se tem pré-compreensão acerca das coisas. Tal pré-compreensão guia as ações cotidianas, revelando um *mundo circundante*, que se revela de modo familiar, tomado por uma ilusão de que ele já está pronto e acabado. “A-

gente delinea por antecipação o encontrar-se, determinando o que se ‘vê’ e como se ‘vê’” (HEIDEGGER, 2012, P.477).

Ao sermos dejectados no mundo, horizonte de significância no qual a existência está sempre se projetando, estamos sempre nos relacionando com as nossas possibilidades de ser, é a *mundidade* que, conforme a analítica heideggeriana, é determinação existenciária do *Dasein*, estrutura do momento constitutivo do ser-no-mundo (HEIDEGGER, 2012, p 199).

Sendo-no-mundo, o *ser-aí* se comporta na maioria das vezes e quase sempre como ente na cotidianidade. “Ente é tudo aquilo de que discorremos, que visamos, em relação a que nos comportamos desta ou daquela maneira; ente é também o que somos e como somos nós mesmos”. Na cotidianidade, atende ao que já foi definido, posto pelo impessoal, mas tem a possibilidade de perguntar sobre o *ser* (HEIDEGGER, 2012, p.45).

Compreender o *cuidado* como fenômeno existencial, no entendimento heideggeriano, quer dizer que o *Dasein* é e está para o *cuidado* - em sentido próprio (preocupação) e na cotidianidade (na ocupação e preocupação-com-o-outro) de maneira que há uma articulação, uma circularidade, por ser o *ser-aí* um ser de cuidado, um ser-no-mundo e sendo-no-mundo, *ser-aí-com*. Dessa forma, a coexistência resume um dos pontos chave da fundamentação do ser-aí no mundo (HEIDEGGER, 2012).

A coexistência pressupõe sempre o encontro com o outro. Mesmo nos modos deficitários de coexistência, o ser-aí continua sendo com outro ser-aí. O conceito de coexistência remete sempre para o ser-aí do outro

De modo que ser-no-mundo constituí-se pela unidade dos existenciais do ser-em, ser-junto-a e ser-com, em que no ser-em, o ser-aí é e está lançado no mundo, no ser-junto-a, ele toca e é tocado pelo mundo, e no ser-com ele está em abertura para o outro, é ter a possibilidade de encontrar-se em uma relação de solicitude com outra presença.

Os outros vêm-de-encontro a partir do *mundo* em que o *Dasein* do ver-ao-redor ocupado mantém-se por sua essência. Diante das fáceis “explicações” teóricas da subsistência dos outros, é preciso se ater firmemente ao dado fenomênico mostrado de seu vir-de-encontro no *mundo-ambiente*. (HEIDEGGER, 2012, p.345)

Assim ao ser-no-mundo, nossas relações são balizadas pela solicitude, que é o modo como ônticamente conhecemos o ser-com. Pode-se dizer que o termo “com” responde pelo caráter de abertura do ser-aí para a compreensão do ser do outro e de sua coexistência (HEIDEGGER, 1981).

A solícitude apresenta-se como estado de ser do *ser-aí*, em que o ser-aí-é-com outro ser-aí no mundo, implica dizer que, embora esteja relacionada ao mundo de cuidado do ser-aí, ela não caracteriza o caráter-de-ser do cuidar, o qual se refere apenas ao ser-aí a si mesmo; isto é, seu ser em relação ao mundo de seu cuidado (HEIDEGGER, 2012; 1981).

A solícitude é orientada pela consideração e pela paciência. “O cuidar solícito é compreendido ao nível daquilo que estamos cuidando-com e juntamente com nossa compreensão dele”. Para Heidegger, ter consideração e paciência com os outros não são princípios morais, mas, maneiras de como viver com os outros, através das experiências e expectativas. Assim, o outro é, de imediato, desvelado na solícitude cuidadora. (HEIDEGGER, 1981, p. 44).

A solícitude pode ser caracterizada por modo deficiente e indiferente, em que o ser-aí-com se mostra como ser que passa pelo outro, que não se importa. Esses modos caracterizam a cotidianidade do ser-com-os-outros e mantêm-se entre dois extremos possíveis de solícitude: o modo em que o ser-com-o-outro lhe tira a posição de ser si mesmo, de se cuidar, nesse modo de solícitude o outro ser-aí pode se tornar alguém dominado e dependente. O outro modo de solícitude, o ser-com-o-outro apenas antecipa-se ao outro naquilo que é necessário para sua existencialidade, buscando que o outro seja por si-mesmo. Esse modo de solícitude caracteriza a autêntica preocupação-com-o-outro (HEIDEGGER, 2012; 1981).

Ao preocupar-se-com-o-outro o *ser-aí-com* se orienta pela consideração ou paciência; porém Heidegger refere que essa orientação pode estender-se aos modos de desconsideração ou até negligência, em que são conduzidas pela indiferença (HEIDEGGER, 1981).

Ao ter consideração¹³ com o outro, o ser-aí-com tem em vista o acontecido; quer dizer que se preocupa com-o-outro pelo que ele representa para o ser-com: é como dizer que, em decorrência de algo ocorrido, se tem estima, apreço de um ser-aí-com o outro (HEIDEGGER, 1981).

A paciência ou tolerância¹⁴ refere-se ao que o ser-aí-com tem em vista, espera, ao preocupar-se-com-o-outro, implica que a relação de ser-aí-com-o-outro é movida frente ao que se tem como expectativa (HEIDEGGER, 1981).

O *Ser* é um ser de *cuidado*, aberto ao mundo e ao outro em sua constituição. Ao *ser-no-mundo* projeta em seu poder-ser. Somente o *Dasein* é capaz de assumir a responsabilidade

¹³ No original alemão a palavra “consideração” é *rück-sicht*, que significa vista para trás (em vista do acontecido consideramos ...).

¹⁴ No original a palavra “paciência ou tolerância” é *nach-sicht* que significa vista para a frente (é ser paciente ou tolerante tendo em vista algo esperado)

pelo seu ser que é sempre seu, implica dizer que está sempre envolvido com o seu poder-ser, tem a responsabilidade de ser com o seu ter-que-ser. Esse ter-que-ser expressa relação de responsabilidade, de um *dever* originário do *ser-aí*; um dever de cuidar do seu *Ser*, dos outros e dos entes intramundanos (SALES, 2002).

Na perspectiva ontológica existencial heideggeriana, cuidar não é só projetar-se; é um projetar se responsabilizando, a ideia compreende que enquanto existimos o cuidado permeia essa existencialidade.

Com esses fundamentos valiosos de Heidegger, busquei analisar, a partir dos profissionais de enfermagem da UTIN, o sentido do cuidado neonatal, captando em cada significado, sua essência.

4. TRAJETÓRIA METÓDICA

De longa data, a enfermagem busca propiciar sustentação científica para sua prática profissional. Nessa caminhada, aproximou-se de diferentes propostas metodológicas, sempre com vistas a encontrar caminhos que melhor atentam aos fenômenos sob investigação (MONTEIRO *et. al.* 2006; ALMEIDA *et. al.* 2009).

O homem, no desenvolvimento de sua própria história procura o sentido da vida, de si mesmo e do mundo. Nessa busca de conhecimentos, inúmeros caminhos mostram-se como possibilidades de apreensão da realidade, baseados em posturas filosóficas diversas (CORRÊA, 1997 p. 83).

Ao o *ser-no-mundo*, e cotidianamente buscar o sentido compreensivo de *ser-com* os entes envolventes, procurei o entendimento do cuidado neonatal a partir da temporalidade dos profissionais de enfermagem, reconhecendo o desafio de desvelar nuances obscurecidas desse fenômeno. Pela aproximação com minha visão de mundo, elegi como possibilidade metodológica a abordagem qualitativa, segundo as contribuições da fenomenologia na perspectiva heideggeriana, a qual assume que existe uma essência a ser desvelada.

Nessa trajetória, caminhei guiada pela compreensão de que ao ser-com o ente questionado, trabalhando com suas experiências do pensar e do agir, seria possível chegar à objetividade descritiva, na crença de que tudo que é objetivo agora, foi antes pensado e, portanto subjetivo.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, fundamentado no referencial teórico da fenomenologia de Martin Heidegger e no método hermenêutico heideggeriano.

De acordo com Minayo (2010, p. 47) a abordagem qualitativa consiste em uma modalidade de pesquisa entendida como os vários tipos de investigação que “tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica”. Assim, busca conhecer e trabalhar com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes que são entendidos como parte da realidade social. De caráter descritivo, tem a obtenção de dados mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação/objeto do estudo, buscando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos participantes na situação estudada, nos significados que dão as coisas e a sua vida.

O termo “fenomenologia”, à primeira vista se apresenta como um conceito-de-método, que não caracteriza o quê do conteúdo das coisas, mas “o como” de sua existencialidade. No caminhar da investigação, quanto mais se desenvolve autenticamente um conceito de método e, quanto mais abrangente seja sua determinação dos princípios balizadores de uma ciência, mais originalmente ele se aprofunda no fenômeno em si, afastando-se no manejo cotidiano (HEIDEGGER, 2012, p. 101).

A fenomenologia busca a possibilidade de olhar a coisa em si, em suas manifestações e formas vividas ou experienciadas. Compreender o ser, a partir do próprio mundo, não confere ênfase ao sujeito, nem ao mundo, mas ao mundo vivido pelo sujeito. O pesquisador precisa submergir na cotidianidade do ser, buscando a essência através dos significados expressos, para desvelar o fenômeno que deseja compreender. É um método que se volta à fiel à descrição da experiência, à luz dos depoimentos das pessoas da investigação (SILVA *et. al.* 2008; CARRARO *et. al.* 2011; MUTTI, *et. al.* 2012).

Segundo a contribuição heideggeriana, ao investigar “é preciso não só uma fixação do ente que deve ter a função de perguntável primário, mas que também se exige uma expressa apropriação e segurança do correto modo-de-acesso a esse ente” é necessário que o pesquisador também apresente domínio no modo-de-interpretação para que o ente possa se mostrar em si mesmo a partir de si mesmo. (HEIDEGGER, 2012. p.69).

Para tanto, mantém-se em suspensão o conhecimento factual, para compreender e descrever o fenômeno tal como se manifesta na compreensão existencial; trata-se de olhar as coisas como se manifestam, sem pretender explicá-las, sob o pressuposto de que o ser se oculta naquilo que se manifesta e constitui o fundante que se revela (SILVA *et. al.* 2008; CARRARO *et. al.* 2011; MUTTI, *et. al.* 2012; HEIDEGGER, 2012).

A Fenomenologia convida a deixar as coisas aparecerem de forma transparente e, ao abandonar uma visão dogmática, adota o relativismo característico da compreensão da realidade, promove o diálogo e o acolhimento do outro, procurando ver, sentir e pensar sob sua perspectiva (ALMEIDA, 2009).

A elaboração da ontologia fenomenológica, como possibilidade hermenêutica do *Ser (Dasein)*, repousa na elucidação desse ser enquanto ente ôntico-ontológico: seu fio condutor apóia-se na interpretação voltar às coisas elas mesmas em sua existencialidade. Desse modo, o *Ser* se manifesta e o desvelamento do ser é a partir do ente, em uma relação circular ôntico/ontológica, a qual o que diz respeito ao *Ser* é ontológico e ao ente é ôntico. Segundo o

entendimento heideggeriano, a interpretação consiste na diferença ontológica, é ir em direção ao ser, através do encontro ao ente no seu existir (HEIDEGGER, 2012).

Ao fazer referência à dimensão ôntica/ existenciária, considera-se a instância dos fatos, de tudo que se percebe, entende, conhece de imediato, é o que diz respeito ao ente em sua cotidianidade. A dimensão ontológica/existencial considera o ser em sua totalidade, naquilo que o constitui.

A busca do sentido do *Ser* no método fenomenológico possibilita o desvelamento da compreensão do humano em sua cotidianidade e está fundamentado essencialmente na linguagem; é através do discurso que se torna realidade aquilo que faz sentido para o sujeito em sua vivência; pela descrição, esse sentido se manifesta, revelando a essência do fenômeno (LOPES, SOUZA, 1997; RETICENA *et. al.* 2015).

A linguagem é o ser-expresso do discurso. Essa totalidade-de-palavra, como aquilo em que o discurso tem o próprio ser “de-mundo”, como ente do- interior-do-mundo, pode assim ser encontrada como um utilizável. A linguagem pode ser despedaçada em coisas-palavras subsistente. O discurso é existencialmente linguagem, porque o ente cuja abertura ele articula conforma-a-significação tem o modo-de-ser-no-mundo dejectado, remetido ao “mundo” (HEIDEGGER, 2012,p.455).

Desse modo, com a apreensão e interiorização dos fundamentos da fenomenologia heideggeriana, busquei o entendimento do sentido do cuidado neonatal, ao ir ao encontro dos profissionais da equipe de enfermagem de UTIN e compreender no discurso o significado de suas vivências e experiências assistenciais.

4.2 Cenário do estudo

O cenário do estudo se constituiu de 04 UTIN dos hospitais universitários: Gaffrée e Guinle/UNIRIO, Maternidade Escola/UFRJ, Antonio Pedro/UFF e Pedro Ernesto/UERJ, localizados no Estado do Rio de Janeiro. A escolha de unidades universitárias decorreu do fato de que tais instituições privilegiam um corpo de conhecimentos atualizados e têm como missão o ensino, a pesquisa e extensão. Nesse processo, projeta-se a evolução do cuidado neonatal, no intuito de replicar as bases para que o cuidado seja realizado por profissionais empoderados pelos princípios que norteiam o novo paradigma de cuidado neonatal. A seguir, apresento quadro de dados quantitativos ao cenário da pesquisa.

Conhecer o *locus* a ser pesquisado possibilita ao pesquisador melhor aproximação e ambientação, além de fornecer ao leitor compreensão do objeto e dos respectivos resultados do estudo.

QUADRO 1 CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES UNIVERSITÁRIAS								
CENÁRIOS DO ESTUDO	LOCALIZAÇÃO (BAIRRO/MUNICÍPIO)	LEITOS DE TRATAMENTO INTENSIVO	LEITOS DE TRATAMENTO INTERMEDIÁRIO	PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE	EQUIPE DE ENFERMAGEM			COORDENAÇÃO e DIARISTAS
					REGIME DE PLANTÃO (ESCALA)	ENFERMEIRO POR PLANTÃO	TÉC/AUX. ENF. POR PLANTÃO	
Hospital Gaffrée e Guinle (UNIRIO)	TIJUCA	05	--	NEONATOLOGISTAS ENFERMEIROS TÉC/AUX. ENF. FISIOTERAPEUTAS FONOAUDIÓLOGOS PSICÓLOGOS SECRETÁRIA	12X60 (SD/SN)	01	03	01 Enfermeira e 01 Tec.Enf.
Maternidade-Escola (UFRJ)	LARANJEIRAS	09	07	NEONATLOGISTAS ENFERMEIROS TÉC/AUX. ENF. FISIOTERAPEUTAS FONOAUDIÓLOGOS PSICÓLOGOS SECRETÁRIA ASSISTENTE SOCIAL NUTRICIONISTA	24X120	03	07	03 Enfermeiras e 01 Tec.Enf.
Hospital Pedro Ernesto (UERJ)	VILA ISABEL	15	09	NEONATLOGISTAS ENFERMEIROS TÉC/AUX. ENF. FISIOTERAPEUTAS FONOAUDIÓLOGOS PSICÓLOGOS SECRETÁRIA ASSISTENTE SOCIAL NUTRICIONISTA	12X60 (SD/SN)	06	07	04 Enfermeiras e 02 Tec. Enf.
Hospital Antonio Pedro (UFF)	CENTRO (MUNICIPIO NITERÓI)	07	06	NEONATLOGISTAS ENFERMEIROS TÉC/AUX. ENF. FISIOTERAPEUTAS FONOAUDIÓLOGOS PSICÓLOGOS SECRETÁRIA ASSISTENTE SOCIAL NUTRICIONISTA	12X60 (SD/SN)	02 (SD) E 01 (SN)	05	02 Enfermeiras e 01 Tec.Enf.

O Hospital Gaffrée e Guinle (HUGG), denominado inicialmente como Fundação Gaffrée e Guinle, situado na Tijuca, bairro da zona norte do Rio de Janeiro, foi inaugurado no dia 01 de novembro de 1929. Seus fundadores foram Cândido Gaffrée e Guilherme Guinle. Era o maior e mais moderno da então capital federal, com capacidade para 320 leitos, distribuídos por 12 enfermarias e quartos particulares, ambulatórios para um mil atendimentos diários, 12 salas de cirurgia e 02 salas de parto. Tem 21.900 metros quadrados de área construída.

É unidade suplementar a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO, que apresenta à comunidade sua Carta de Serviços ao Cidadão, de acordo com o Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – GESPÚBLICA, mediante o qual informa os serviços, forma de acesso, requisitos e compromissos para o atendimento prestado pela Instituição. Tem como objetivo ser um elo com os usuários dos serviços de assistência à saúde em uma instituição comprometida com a ética, o respeito e a humanização (UNIRIO, 2016).

A UTIN/HUGG está localizada no piso térreo do hospital: possui 05 leitos de terapia intensiva, no sistema de regulação de vagas, destinadas à assistência aos recém-nascidos de alto, médio e baixo risco e pré-alta, pois não possui Unidade Intermediária (UI). A área física da unidade comporta ainda um quarto para isolamento, uma sala de convívio, que funciona como refeitório e descanso dos profissionais de enfermagem, banheiro para os trabalhadores, sala da coordenação de enfermagem, sala da coordenação médica, áreas de expurgo e de guarda de material de almoxarifado.

A equipe é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, psicólogo, uma secretária, além de profissionais de outras especialidades, como cardiologistas, neurocirurgiões, geneticistas e cirurgiões pediátricos, para responder a pareceres. A escala de enfermagem é composta de 01 enfermeira e 03 técnicos ou auxiliares de enfermagem, que exercem suas funções em regime de plantões diurnos e noturnos em escala de 12x60, 01 enfermeira na coordenação da unidade e 01 técnica responsável pelas atividades de rotina, no horário de 7-13h de segunda a sexta feira.

A Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), popularmente conhecida como Maternidade de Laranjeiras, foi criada pelo Decreto n. 5.117, de 18 de janeiro de 1904. Localizada em Laranjeiras, bairro da Zona Sul do Rio de Janeiro, com a finalidade principal de assistir às gestantes e às crianças recém-nascidas das classes

desfavorecidas. Sua importância no ensino da Obstetrícia, no Brasil, foi base para a formação dos cursos de pós-graduação em mestrado e doutorado, em 1974. Ao longo do século, ampliou seu leque de atuação, com a incorporação de novas tecnologias e especialidades à medicina. A obstetrícia, especialidade médica inicial da instituição uniu-se à pediatria, mais especificamente à neonatologia; atualmente presta assistência perinatal, com a participação de médicos e outros profissionais da área de saúde. A Maternidade Escola presta assistência integral à saúde da mulher e da criança, com perfil multiprofissional, recebendo estudante de graduação em medicina, enfermagem, nutrição, serviço social, psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia e saúde coletiva. Desenvolve programas de residência médica e multiprofissional, bem como pós-graduação *lato sensu* e atividades de pesquisa vinculadas à pós-graduação *stricto sensu* da UFRJ. Tais ações integram a missão institucional: assistência de qualidade à saúde materno-infantil, formação profissional, pesquisa e inovação tecnológica (ME/UFRJ, 2016).

A UTIN/ME está situada no segundo andar do prédio principal; possui 09 leitos de cuidados intensivos e 07 de cuidados intermediários, disponibilizado no sistema de regulação de vagas. Sua área física conta ainda com uma unidade de recuperação nutricional (URN) (desativada durante a etapa de coleta de dados desta pesquisa), uma unidade mãe canguru, sala de reunião, estar médico e de enfermagem, banheiros para profissionais e expurgo. Conta com uma equipe composta por médicos neonatologistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e musicoterapeutas. O regime de plantões da equipe de enfermagem desenvolve-se em escala de 24x120; cada plantão tem aproximadamente 03 enfermeiros e 07 técnicos ou auxiliares de enfermagem. A coordenação de enfermagem é composta por 03 enfermeiras que atuam em escala distinta, buscando a cobertura de todos os dias da semana.

O Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) da UFF está localizado na cidade de Niterói, que integra a região metropolitana do Rio de Janeiro. Foi inaugurado no dia 15 de janeiro de 1951 e denominado Hospital Municipal Antônio Pedro. A designação é homenagem ao clínico-geral Antônio Pedro Pimentel, um dos fundadores da Faculdade Fluminense de Medicina, que se destacou no estudo de doenças infecciosas. Durante os primeiros anos, o HUAP sobreviveu com verbas da Prefeitura de Niterói e com aquelas obtidas por meio da cobrança de serviços médicos prestados. Em 1957, a Prefeitura proibiu a cobrança de serviços e, em oito meses, praticamente sem recursos, o hospital fechou as portas.

Em dezembro de 1961, o hospital foi reaberto em caráter de emergência, para atender as vítimas do incêndio do Gran Circus Americano, que vitimou 400 pessoas, a maioria delas crianças. Uma equipe composta por médicos da Prefeitura e estudantes da Faculdade de Medicina da UFF articulou-se às pressas, para viabilizar esse atendimento.

Como Niterói necessitava de um estabelecimento hospitalar de grande porte, houve mobilização no sentido de manter a instituição em funcionamento. Entretanto, a insuficiência de fundos e a falta de equipamentos e de materiais de consumo fizeram com que o hospital fosse desativado, em pouco menos de um ano. Em 1964, depois de três anos de abandono e como resultado de mobilização de estudantes de Medicina, o Hospital Municipal foi cedido pela Prefeitura à Universidade Federal Fluminense tornando-se, assim, Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP).

Atualmente, o HUAP é uma unidade de saúde de alta complexidade, considerado na hierarquia do SUS como hospital de nível terciário e quaternário (HUAP/UFF, 2016).

No período da coleta de dados desta pesquisa, a UTIN/HUAP estava localizada no quinto andar, em espaço de outra unidade do hospital. Possuía 07 leitos de cuidados intensivos e 06 de cuidados intermediários no sistema de regulação de vagas. Contava com uma equipe de médicos neonatologistas, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, serviço social, nutrição, técnicos e auxiliares de enfermagem. O regime de plantões era realizado em escala de 12x60, com 02 enfermeiros e 05 técnicos ou auxiliares de enfermagem em cada plantão do serviço diurno e 01 enfermeiro e 05 técnicos ou auxiliares de enfermagem no serviço noturno. Além de 01 enfermeira na coordenação do serviço de enfermagem, 01 enfermeira na rotina assistencial e uma técnica de enfermagem, responsável por reposição de material e encaminhamentos no horário de 7 às 13h de segunda a sexta feira.

O Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) da UERJ está localizado no bairro de Vila Isabel, na zona norte do Rio de Janeiro. Foi inaugurado em 1950, como parte da rede hospitalar da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Em 1962, passou a integrar a Universidade do Estado da Guanabara (UEG), mais tarde, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ UERJ. Trata-se de unidade de saúde de alta complexidade (HUPE/UERJ,2016).

A UTIN/HUPE está situada no terceiro andar Bloco Núcleo Perinatal. Possui um total de 24 leitos, no sistema de regulação de vagas, sendo 15 de cuidado intensivo e 09 leitos de cuidado intermediário. A área física abrange ainda sala de convívio, dormitório médico

e de enfermagem, banheiros, secretaria, sala de reunião. Conta com uma equipe de médicos neonatologistas, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, assistentes sociais, nutrição, técnicos e auxiliares de enfermagem. O regime de plantões da enfermagem é realizado em escala de 12x60, compondo cada plantão 06 enfermeiros e 07 técnicos ou auxiliares de enfermagem. Além de 01 enfermeira na coordenação geral do serviço de enfermagem, 03 enfermeiras na rotina assistencial e administrativa, e 02 técnicas de enfermagem são responsáveis pela organização e distribuição do material e encaminhamentos diversos no horário de 7-13h de segunda a sexta feira.

4.3 Participantes do estudo

Nos estudos fenomenológicos hermenêuticos, a seleção dos participantes tem como objetivo ir ao encontro dos entes que vivenciaram ou vivenciam o fenômeno de interesse do pesquisador. Atendendo a esse critério, participantes deste estudo foram os profissionais que, à época da coleta de dados, compunham a equipe de enfermagem; ou seja, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem da escala de serviço da UTIN dos referidos cenários. Foram excluídos do estudo os profissionais de enfermagem que não desenvolviam atividades laborais no período da entrevista por motivo de licença, férias e afastamentos afins.

Não foi predeterminado o número de participantes; nos estudos na abordagem fenomenológica não se estabelece o quantitativo *a priori*. Nessa perspectiva metódica, busca-se a essência do fenômeno, adequando a suficiência de significados conforme a constatação de que a compreensão dos significados expressos nas falas originária foi alcançada, considerando os objetivos do estudo. Não raro, as pesquisas fenomenológicas apresentam reduzido número de participantes, o que possibilita aprofundamento na compreensão do fenômeno (BOEMER, 1994; SIMÕES, SOUZA, 1997; PAULA *et.al.*2012).

Responderam ao instrumento de caracterização dos participantes 147 profissionais; desses, 59 participaram da entrevista fenomenológica. Os participantes foram identificados com a letra **P** seguida de um numeral conforme sua categoria profissional.

4.4 O caminhar na obtenção dos depoimentos

Heidegger (2012, p. 47) refere que nos movemos sempre no sentido do entendimento do ser, que, na maioria das vezes já está disponível. Buscar desvelar seu sentido requer caminhar em direção ao ente, pois a questão do ser só poderá ser esclarecida a partir dos modos de compreensão do perguntante. “olhar para, entender e conceituar, escolher, aceder a são comportamentos constitutivos do perguntar [...]”. Questionar o ente, para apreender o ser é tarefa da fenomenologia ontológica. Movida pelo intuito de desvelar o sentido do cuidado neonatal, busquei na cotidianidade da UTIN os significados para mergulhar no fenômeno e alcançar o entendimento.

Heidegger orienta sobre como alcançar e garantir a via de acesso ao *Ser*, de modo que as modalidades de acesso e interpretação a esse ente sejam escolhidas tendo em vista que ele “possa mostrar-se em si mesmo e por si mesmo” (HEIDEGGER, 2012, p. 101).

Com o cuidado de atender ao rigor metodológico, planejei a trajetória para obtenção dos depoimentos e os instrumentos utilizados, os quais são descritos a seguir.

Inicialmente, realizei a ambientação, fase em que procurei conhecer o campo em que os participantes da pesquisa desenvolvem suas atividades profissionais e o cotidiano do cuidado neonatal. Nessa etapa, em uma aproximação empática aproveitei para apresentar o estudo a ser desenvolvido, para em seguida convidar os profissionais a participar do estudo.

Uma forma para apreender a essência do fenômeno, pois para se compreender, há de existir uma relação de empatia de modo que o “eu” que observo o outro, ao contrário de se excluir, penetra no outro, e é com essa penetração empática que indagará se o outro apresenta ou não uma relação significativa com o resto de sua existência (BOEMER, 1994, p.28).

Padoin e Souza (2008) referem que o processo de ambientação envolve um movimento mediado pela subjetividade, no qual se apreende a singularidade, buscam-se os significados do silêncio, da fala, do dito e do não-dito, em um exercício de escuta.

Em cada unidade, de início, apresentei-me à coordenação ou chefia do serviço, juntamente com a proposta do estudo, o interesse e a justificativa da escolha do local e dos participantes, colocando-me à disposição para esclarecer o que julgassem necessário.

Em seguida e com a devida autorização, passei a frequentar as unidades diariamente, com o objetivo de conhecer o cotidiano do cuidado neonatal e estabelecer aproximação com

os profissionais da equipe de enfermagem que compunham a escala. Por se tratar de 04 unidades, organizei-me, de forma a estar no período da manhã em uma unidade e à tarde em outra, intercalando-as. Também estive presente no período noturno em todas as unidades, uma vez que os profissionais de enfermagem trabalham em regime de plantões diurnos e noturnos.

Ao entrar nas unidades, algumas colegas me receberam cordialmente, apresentando-me às equipes como enfermeira da área neonatal, que iniciaria estudo para buscar subsídios e contribuir para o cuidado neonatal. Em outras unidades, provavelmente, por se tratar de ambientes em que diversos profissionais desenvolvem pesquisas, alguns profissionais apresentaram indiferença em face da proposta de estudo. Nesses casos, ouvi manifestações como: “mais um estudo, outra pesquisa”. Assim, houve significativas diferenças de acolhimento das equipes de enfermagem. E este registro que expressa respeito diante dessas diferenças por compreensão das singularidades.

A permanência diária nas unidades aproximou-me dos membros das equipes. A tentativa de agendar entrevista com os profissionais em local e horário fora do ambiente e turno de trabalho foi descartada. Vários alegaram que chegar mais cedo na unidade ou permanecer após o horário de saída seria difícil, devido ao cansaço e carga de trabalho; outros tinham que cumprir horários rígidos, para cumprir plantões em outras instituições. Então, combinamos realizar a entrevista durante o período de trabalho, conforme a disponibilidade do profissional.

A previsão de obtenção dos dados incluía leitura do TCLE, preenchimento do formulário de caracterização e a entrevista fenomenológica. Muitos profissionais manifestaram receio de precisar interromper a entrevista, por solicitações do trabalho, o que, de fato, ocorreu algumas vezes. Solicitaram a possibilidade de preenchimento de TCLE e do formulário antecipadamente, de modo a otimizar o tempo, com o que concordei. Dessa forma, foram preenchidos 147 formulários juntamente com o TCLE, mas realizada somente 59 entrevistas.

Durante o convívio e ambientação nas unidades, pude visualizar as dificuldades vivenciadas pelos profissionais lá atuantes. Algumas enfrentavam longo tempo de reformas, o que exigia reorganização de espaços, sem estrito respeito às normas vigentes para adequação de leitos à dinâmica assistencial, ou condições apropriadas para o desenvolvimento das atividades profissionais. Importa expressar que me identifiquei empaticamente com os

colegas, pois muitas dessas vivências eram bem familiares ao meu cotidiano do cuidado neonatal.

Do ponto de vista curso da investigação, encontrei alguns desafios durante as entrevistas. O principal foi conseguir ambiente agradável, que propiciasse a condução sem interferências e ruídos. Como combinado, os locais foram disponibilizados conforme a demanda do serviço nas unidades, sendo as entrevistas realizadas em dormitórios, enfermarias desativadas e, algumas vezes, nas salas das chefias do setor. Como a maioria situava-se dentro da unidade, os diálogos eram permeados de falas paralelas, alarmes de equipamentos, dentre outras interferências e na medida do possível todas as dificuldades foram superadas. .

Os sucessivos dias de ambientação nas unidades proporcionaram-me familiaridade com grande parte dos componentes das equipes; uma cópia da escala de serviço obtida em contato com a chefia facilitou a memorização dos nomes dos participantes. Esses requisitos propiciaram a aproximação empática com todos.

A entrevista fenomenológica foi conduzida com base nas seguintes questões orientadoras: Como é para você o cuidado na UTIN? Como você desenvolve esse cuidado? Como você significa esse cuidado? Como você se envolve nesse cuidado? (APÊNDICE C).

Como técnica de coleta de informações na perspectiva fenomenológica, a entrevista é entendida como encontro interpessoal, voltado a apreender aspectos da subjetividade do participante da pesquisa. Permite vivenciar a possibilidade do conhecimento do fenômeno que se quer conhecer, por meio de um movimento de compreensão intersubjetiva. O desvelamento do sentido na realização dessa técnica acontece pela compreensão e entendimento das vivências e experiências de cada sujeito em sua existencialidade (PAULA *et.al.*2014).

A entrevista fenomenológica, como encontro existencial, requer disponibilidade compreensiva do pesquisador. Esse requisito não se limita ao tempo cronológico, eis que exige a sensibilidade de um olhar atento e compreensivo frente ao fenômeno estudado. No caso, valoriza-se no encontro a presença do outro, em sua singularidade e subjetividade, emanando uma dinâmica de reflexões ôntico/ontológicas (MOREIRA *et. al.* 2013).

Trazendo tais requisitos para a trajetória desta pesquisa, ao estar disponível para o encontro na disponibilidade dos profissionais, era combinada a entrevista conforme o local e horário indicado pelos participantes. Por coerência, precisei conviver com tranquilidade com

o imprevisível. Na inviabilidade de organizar previamente ambiente para o encontro, procurei adaptar local bem próximo à unidade assistencial, o que proporcionava maior tranquilidade ao profissional, devido à probabilidade de ser necessário retornar à atividade laboral.

Sob o ângulo da operacionalidade, inicialmente, foi realizada a leitura do TCLE, no intento de informar com clareza o objetivo, método, benefícios e prováveis riscos do estudo, sendo elucidadas dúvidas e como seria utilizado o aparelho de gravação. Na ocasião, assegurei o anonimato, mediante identificação dos participantes por código. O TCLE foi assinado em duas vias, uma delas entregue a cada participante que aceitou participar.

Em seguida, apresentei a cada um o instrumento de caracterização, deixando a seu critério se preferiam preencher pessoalmente ou se eu o fizesse. Feito isso, revisavam-se as respostas, para esclarecer algum detalhe não compreendido.

Esse momento possibilitou melhor adaptação ao ambiente, pois emergiu o seu ‘quê’ considerando que quando se fala da cotidianidade, há uma familiaridade circulante, pois é o que conhecemos à primeira vista sobre o outro (HEIDEGGER, 2012).

O instrumento foi composto de dados de identificação do profissional como: nome, idade, estado civil e número de filhos. Dados referentes à situação profissional: nível de instrução, tempo de formado, categoria profissional, cursos de capacitação, pós-graduação, categoria que exerce na UTIN, função que exerce na unidade, tempo de trabalho na unidade, regime de trabalho na unidade, turno de trabalho na unidade, tipo de vínculo empregatício na unidade, outros empregos também foram incluídos no instrumento. Ao final, apresentei uma questão aberta: Signifique, em poucas palavras, como é para você o cuidado neonatal na UTIN em que trabalha. (APÊNDICE B).

Embasada no pensar heideggeriano, quando sublinha que, através da linguagem, o ser em sua abertura se articula em seus modo-de-ser-no-mundo, a entrevista fenomenológica sustentou a busca do sentido do ser, mediada pela linguagem. Heidegger refere que “a conexão do discurso com o entender e com a entendibilidade se torna clara a partir do ouvir” de modo que ao *ser-aí-com* o ser para entender a sua linguagem é preciso estar disponível para ouvir. (HEIDEGGER, 2012, p. 455).

Com esses fundamentos, ao buscar o significado do vivido expresso pelos participantes, através das perguntas orientadoras foi iniciada a entrevista a qual foi gravada em aparelho de multimídia tipo MP4 e tablet, com a expectativa de obter os detalhes do

depoimento e evitar intercorrência no decorrer do diálogo. Durante o encontro, sentei-me próxima ao profissional, com o cuidado de preservar olhar atento e empático e de evitar induzir respostas. Como estratégia de estimular o discurso e manter o foco no objetivo da pesquisa, quando necessário, utilizei-me das palavras finais do depoente, para formular nova questão. Ao término da entrevista, sempre perguntei ao participante se havia mais alguma coisa que gostaria de ter dito, agradecia pela participação e reiterava a minha disposição para sanar qualquer dúvida quanto à pesquisa.

Durante as entrevistas, tive o cuidado de registrar expressões não verbais, que possibilitaram retroalimentar o discurso, buscando a compreensão de significados (APÊNDICE D).

Esses procedimentos encontram apoio em Heidegger (2012), quando menciona que, no silêncio, o sentido do *ser* chega a um dizer sem discurso nem fala. Essas formas de comunicação são vivenciadas durante o discurso, por meio de expressões não verbais como: gestos, silêncio, pausas, choro e sorriso. O pesquisador tem como possibilidade gerar novas questões empáticas frente às expressões, favorecendo que o participante signifique-as, sendo, desse modo, apreendidos significados da compreensão do não-dito.

Devido às especificidades e limitações mencionadas, os encontros não foram longos; mas, apresentaram conteúdo significativo. Também foram momentos mediados por cumplicidade de vivências, em que gestos, choro, desabafo, risada, estiveram presentes e possibilitaram o entendimento do que estava obscurecido.

A cada encontro, sentia-me mais segura na condução da entrevista, que me destituía de pressupostos, preconceitos e julgamentos prévios, embora eu estivesse em ambiente familiar, que me fascina. A sensação agradável era de ter conseguido ser doutoranda e pesquisadora interessada no outro, que me ajuda a compreender significados de nosso envolvimento e cotidiano profissional.

A esse respeito, como exemplo, apresento o seguinte relato: a participante evidenciou interesse em participar, embora reconhecesse, no momento do encontro, estar muito cansada. Propus outro agendamento, mas falou-me que essa seria uma oportunidade para se afastar do estresse da unidade. Iniciamos a entrevista, ela bem acomodada em uma cadeira, o que nem sempre era possível em seu cotidiano... a mesma foi relaxando, via o cansaço aflorar em sua face, seus olhos semiabertos, fazia um esforço para não fechar

completamente, pediu-me alguns minutos... falei para ficar tranquila que eu estaria ali. Após um tempinho de descanso, ela disse que poderia começar a entrevista, e recomeçamos.

Como no caso exposto, a cada encontro, parecia-me evidente o entrelaçamento entre as falas e a significância do cuidado, as divergências explicitadas em um mesmo contexto, a convergência de opiniões, o que me impulsionava a querer ouvir mais aqueles profissionais e a pensar além, pensar como seria ouvir a equipe multiprofissional. Todavia, os depoimentos e observações indicaram a suficiência para atender ao objetivo proposto, o que me levou a compreender que esta etapa da investigação poderia ser encerrada em cada UTIN.

Após cada entrevista, dediquei-me à escuta atenta da gravação possibilitando adentrar naquele depoimento; em seguida, transcrevia o inteiro teor do conteúdo, com o objetivo de captar na memória recente o momento de subjetividade e de outras formas de discurso que favoreceram a compreensão e análise do significado expresso pelos diferentes participantes.

Assim, mergulhada no objetivo traçado, avancei em busca do entendimento dos significados, tendo em vista desvelar o cuidado neonatal a partir dos profissionais de enfermagem da UTIN. “[...], o *Dasein*, conforme ao seu próprio modo-de-ser, tem a tendência de entender o seu próprio ser a partir do ente em relação ao qual ele, de modo constante e imediato, se comporta essencialmente: a partir do ‘mundo’” (HEIDEGGER, 2012, p. 71).

A análise fenomenológica heideggeriana compreende dois momentos metódicos: o mediano e vago entendimento e a interpretação do mediano entendimento ou hermenêutica. Para atender ao rigor metodológico, esforcei-me para pôr em suspensão meus pressupostos, para desenvolver o primeiro momento que consiste no aprofundamento da compreensão das falas através de escutas, leituras e releituras. A fim de me familiarizar com o conteúdo expresso pelos participantes, relembrei a ocorrência de cada encontro, o ente como ele é em sua mediana cotidianidade, de modo a buscar identificar estruturas essenciais (significantes ao objetivo), “que sejam persistentes em cada modo-de-ser do *Dasein* factual, como determinantes-do-ser”. (HEIDEGGER, 2012 p.73).

Esse foi um momento de muitas construções e desconstruções, idas e vindas aos depoimentos, buscando destacar as estruturas essenciais das estruturas quaisquer ou fortuitas, em relação ao objetivo da pesquisa. Realizei primeiramente destaque cromático das falas com cores diferentes, de modo a obter visualização e aproximação às estruturas essenciais, sendo retiradas as falas que caracterizavam estruturas quaisquer ou fortuitas.

Garnica (1997) relata o movimento do pesquisador na construção das unidades de significação, explicitando que:

[...] o pesquisador procura por unidades de significado, o que faz após várias leituras de cada uma das descrições. [...] As unidades de significado, por sua vez, são recortes julgados significativos pelo pesquisador, dentre os vários pontos as quais a descrição pode levá-lo. Para que as unidades significativas sejam recortadas, o pesquisador lê os depoimentos à luz de sua interrogação, por meio da qual pretende ver o fenômeno, que é olhado de uma dentre as várias perspectivas possíveis. (GARNICA, 1997, p. 115).

Em outro momento analítico, realizei novas leituras e aproximações, recortando para um quadro os fragmentos coloridos e, em seguida, desenvolvendo reaproximações dos conteúdos significativos. Busquei agrupar expressões similares e compus as unidades de significação e seus caputs (cabeçalho), no intento de manter a condução da questão do ser.

Após a qualificação, dei prosseguimento ao processo de análise, com base na constituição dos caputs, reconstituindo e buscando em cada unidade analisar coerência, aderência e consistência entre os fragmentos dos depoimentos. Tal movimento, por vezes, exaustivo frente ao número de depoimentos, aos poucos, favoreceu a compreensão e possibilitou a construção das unidades de significação.

O mediano e vago entendimento-do-ser refere-se à apreensão da constituição do *Dasein* em sua dimensão mais próxima, ôntica, essa “entendimento-do-ser pode estar permeado ainda por teorias tradicionais e opiniões sobre o ser de tal modo que essas teorias permaneçam ocultas como fonte de entendimento predominante” (HEIDEGGER 2012, p.43).

Esse momento da análise foi mais um passo no sentido de desvelar o obscurecido do cuidado neonatal na fala dos profissionais de enfermagem, na instância da cotidianidade. O que se busca não é de todo desconhecido; embora seja inapreensível de imediato. De modo que já há um entendimento do “é”. Esse mediano e vago entendimento-do-ser é um fato (HEIDEGGER, 2012, p.41).

Tal compreensão ainda permanece na instância factual; o fenômeno significado apresenta velado, encoberto de modo que o sentido não pode ser desvelado. Heidegger refere que “a análise do *Dasein* não só é incompleta, mas é de imediato também *provisória*. De início, ela só põe à mostra o ser do ente, mas não lhe interpreta o sentido” (HEIDEGGER, 2012, p.73).

O sentido do ser não pode ser alcançado desde o início, de modo que, para tal, se faz necessária a obtenção do fio-condutor a partir do conceito do ser:

Á luz do conceito e dos modos de explícitos entendimentos que lhe são próprios é que se poderá estabelecer o que significa um entendimento-do-ser obscurecido ou ainda não elucidado e quais as espécies possíveis e necessárias de obscurecimento ou empecilhos para uma explícita clarificação do sentido-do-ser (HEIDEGGER, 2012 p. 43).

Na busca do sentido do ser não se deve aplicar conceitos, dogmas e construir qualquer ideia de ser e de realidade efetiva, por mais que possa ser entendida por si mesma. O modo-de-acesso e o modo-de-interpretação devem ser escolhidos de modo que o ente possa se mostrar em si mesmo, a partir de si mesmo (HEIDEGGER, 2012).

A partir dos significados do cuidado neonatal expresso pelo ser profissional de enfermagem e do entendimento mediano e vago que possibilitou o fio condutor com o conceito de ser, busquei elucidar sentido encobertos, embasada nos fundamentos da ontologia heideggeriana.

Como ressaltai, a hermenêutica orienta-se ao desvelamento do fenômeno que se encontra obscuro nos significados ônticos que emergirem do entendimento mediano e vago. Assim, o trabalho hermenêutico visa a interpretar o que se mostra, tornando claro o que se manifesta aí, mas que, no início e na maioria das vezes, mantinha-se velado, entulhado ou desfigurado não se deixando ver ou apreender.

4.5 Aspectos Éticos da pesquisa com seres humanos

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil, apreciado e aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da instituição proponente – Escola de Enfermagem Anna Nery/HESFA (Anexo 1) e dos CEP das instituições cenário do estudo (Anexos 2,3,4,5) .

O pressuposto é de que pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em suas considerações. Como exposto, no desenvolvimento da pesquisa respeitei rigorosamente os direitos dos participantes em sua dignidade e autonomia, assegurando sua vontade, confidencialidade e privacidade. Ao mesmo tempo, não houve qualquer agravo a seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos. Com fundamento na regulamentação do CEP (BRASIL, 2012), somente após a aprovação do projeto pelos

CEP, iniciei a coleta dos dados, que teve início em julho de 2015 e foi encerrada em setembro do mesmo ano.

Como exposto no capítulo introdutório, a pesquisa buscou desvelar o sentido do cuidado neonatal, tal como representado por profissionais de enfermagem de UTIN, tendo como principal benefício à visibilidade do cotidiano de cuidado em UTIN o que poderá possibilitar em benefícios tanto à prática assistencial, quanto de ensino e de gestão. Ao mesmo tempo, assume-se a perspectiva de que a pesquisa pode favorecer o aumento do conhecimento científico no âmbito do cuidado em UTIN, contribuindo com o desenvolvimento e aprimoramento de ações para o cuidado. Além disso, a participação revelando significados do dia-a-dia do profissional poderá provocar reflexões acerca do seu fazer, por vezes obscuro e despercebido.

Embora pouco previsível, a pesquisa teve como risco, proporcionar ao participante durante a entrevista algum desconforto emocional ao refletir sobre situações vividas no cotidiano do cuidado neonatal, considerando o ambiente da UTIN um espaço em que cotidianamente os profissionais lidam com diferentes situações assistenciais por vezes conflituosas, desagradáveis e desgastantes. O pesquisador perante tais situações possibilitou ao participante encerrar ou dar continuidade a entrevista.

A leitura do TCLE foi realizada previamente, para deixar claro o objetivo da pesquisa, método, benefícios e prováveis riscos do estudo; em paralelo, foram esclarecidas dúvidas quanto à participação e ao uso do equipamento de multimídia. (APÊNDICE A)

No texto do TCLE, solicitamos permissão para divulgar os resultados da pesquisa em forma de textos científicos ou de apresentação em eventos da área de saúde. Após a conclusão da pesquisa, os dados serão armazenados por um período de cinco anos em aparelho de multimídia; após esse período, serão incinerados.

5. RESULTADOS

*“Quem não compreende um olhar,
tão pouco compreenderá uma longa explicação”.*

Mário Quintana

5.1 Caracterização dos participantes

A historiografia se dá a partir da dimensão ôntica dos fatos referentes ao ente, permitindo mediante ‘o quê’ uma aproximação ao, ‘quem’, no qual encontra seu sentido na temporalidade. “O próprio do conhecimento-histórico -, como modo-de-ser do *Dasein* perguntante, só é possível porque este é determinado pela historicidade no fundamento do seu ser” (HEIDEGGER, 2012 p. 83).

Neste estudo, a historicidade dos participantes não foi produzida, uma vez que o objeto de investigação se refere ao fenômeno do cuidado neonatal e não ao desvelamento do significado da vivência do ser-aí. Assim, a partir da dimensão ôntica, apresento informações objetivas por meio das quais exponho o “quê” do profissional de enfermagem da UTIN consideradas como cenários do estudo, conforme quadro e redação descritiva a seguir.

Quadro 1- Caracterização dos participantes

Nome	Idade (anos)	Estado Civil	Nº Filhos	Nível Instrução	Tempo Formado (anos)	Formação	Pós-Graduação	Categoria UTIN	Tempo UTIN (anos)	Regime Trab.	Turno	Tipo Vinc.	Outros Empr.	Setor
P1	51	Divorciada	02	3° GC	25	Enfermeira	Mestrado	Enfermeira	03	12x60	Diurno	Estatutário	Sim	Ed. Perm
P2	55	Solteira	02	3° GC	32	Enfermeira	E.Neo	Enfermeira	29	12x60	Diurno	Estatutário	Não	-
P3	54	Casada	00	3° GC	21	Enfermeira	E.Neo	Enfermeira	08	12x60	Diurno	Estatutário	Sim	UTIN
P4	43	Casada	00	3° GC	22	Enfermeira	E.Ped	Enfermeira	7	12x60	Diurno	Estatutário	Sim	CCirur.
P5	44	Solteira	00	3° G C	20	Enfermeira	E.Neo	Enfermeira	7	12x60	Diurno	Estatutário	Sim	UTIN
P6	37	U.Estável	00	3° GC	14	Enfermeira	E.Neo	Enfermeira	8	12x60	Diurno	Estatutário	Sim	NQM
P7	42	Casada	01	3° GC	23	Enfermeira	E.Neo	Enfermeira	7	12x60	Diurno	Estatutário	Sim	CCirug.
P8	35	Casada	01	3° GC	13	Enfermeira	Mestrado	Enfermeira	7	12x60	Diurno	Estatutário	Sim	UTIN
P9	42	Casada	03	3° GC	19	Enfermeira	E.CCirurg.	Enfermeira	5	12x60	Noturno	Estatutário	Sim	C, cirug
P10	54	Casada	02	3° GC	31	Enfermeira	E.Oncol.	Enfermeira	15	12x60	Noturno	Estatutário	Sim	Ped.
P11	41	Solteiro	00	3° GC	19	Enfermeira	E.Neo	Enfermeira	7	12x60	Noturno	Estatutário	Sim	UTIN
P12	38	Casada	02	3° GC	16	Enfermeira	E.Neo	Enfermeira	7	12x60	Diurno	Estatutário	Sim	UTIN
P13	43	Casada	02	3° GC	17	Enfermeira	E.Ped	Enfermeira	7	12x60	Diurno	Estatutário	Sim	Emergen
P14	38	Casada	02	3° GC	18	Enfermeira	E.Mat.Inf.	Enfermeira	12	12x60	Diurno	Estatutário	Não	-
P15	42	Casada	02	3° GC	20	Enfermeira	E.Mat.Inf.	Enfermeira	12	12x60	Diurno	Estatutário	Sim	CTIP
P16	44	Solteira	00	3° GC	23	Enfermeira	E.Ped	Enfermeira	22	12x60	Diurno	Estatutário	Não	-
P17	29	Casada	00	3° GC	7	Enfermeira	E.T.Adulto	Enfermeira	3	12x60	Noturno	Estatutário	Sim	CTIA
P18	54	Divorciada	04	3° GC	30	Enfermeira	E.V.Sanitar	Enfermeira	12	6 h/dia	Diurno	Estatutário	Sim	UTIN/
P19	55	Solteira	00	3° GC	25	Enfermeira	E.Mat.Inf.	Enfermeira	15	12x60	Diurno	Estatutário	Sim	Cir. Ped
P20	46	Casada	02	3° GC	24	Enfermeira	E.Mat.Inf.	Enfermeira	20	12x60	Diurno	Estatutário	Não	-

Nome	Idade (anos)	Estado Civil	Nº Filhos	Nível Instrução	Tempo Formado (anos)	Formação	Pós-Graduação	Categoria UTIN	Tempo UTIN (anos)	Regime Trab.	Turno	Tipo Vinc.	Outros Empr.	Setor
P21	34	Solteira	01	3º GC	11	Enfermeira	E.Mat.Inf.	Enfermeira	7	12x60	Noturno	Estatutário	Não	-
P22	46	Casada	01	3º GC	10	Enfermeira	E.Neo	Enfermeira	18	12x60	Diurno	Estatutário	Sim	Ped.
P23	33	Casada	01	3º GC	10	Enfermeira	E.Neo	Enfermeira	4	24x120	24h	Extra Q.	Sim	UTIN
P24	27	Casada	00	3º GC	4	Enfermeira	E.Neo	Enfermeira	2	24x120	24h	Extra Q.	Sim	UTIN
P25	29	Solteira	00	3º GC	6	Enfermeira	E.Neo	Enfermeira	3	24x120	24h	Estatutário	não	-
P26	33	Solteira	01	3º GC	11	Enfermeira	_	Enfermeira	2	24x120	24h	Extra Q.	Sim	UTIN
P27	50	Solteira	01	3º GC	26	Enfermeira	_	Enfermeira	3	24x120	24h	Estatutário	Sim	CTIP
P28	32	Solteira	00	3º GC	8	Enfermeira	E.Neo	Enfermeira	2	24x120	24h	Estatutário	Sim	UTIN
P29	28	Solteira	00	3º GC	7	Enfermeira	E.Neo	Enfermeira	2	20H	Diurno	Estatutário	Sim	UTIN
P30	39	Solteira	00	3º GC	15	Enfermeira	E. Neo	Enfermeira	11	6h/dia	Diurno	Estatutário	Não	_
P31	43	Solteira	02	3º GC	15	Enfermeira	E.Neo	Enfermeira	13	12x60	Diurno	Estatutário	Sim	PED
P32	32	Casada	02	3º G C	10	Enfermeira	E.Neo	Enfermeira	8	12x60	Noturno	Estatutário	Sim	UTIN
P33	39	Casada	02	3º GInc	22	Téc. Enf.	-	Téc. Enf.	1	12x60	Diurno	Estatutário	Sim	Emergen
P34	30	Casada	01	3º GC	6	Téc.Enf.	E.Neo	Téc. Enf.	1	12x60	Diurno	Estatutário	Sim	UTIN
P35	44	Casada	00	3º GC	25	Téc. Enf.	_	Téc. Enf.	21	12x60	Diurno	Estatutário	Sim	Isol. Inf.
P36	54	Casada	02	2º GC	30	Téc. Enf.	_	Téc. Enf.	22	12x60	Diurno	Estatutário	Não	--
P37	55	Divorciada	03	3º GC	30	Téc. Enf.	_	Tec. Enf.	23	12x60	Diurno	Estatutário	Sim	Ort.
P38	46	Divorciada	00	3º GInc	20	Téc. Enf.	_	Téc. Enf.	1	12x60	Diurno	Extra Q.	Sim	Matern.
P39	52	Divorciada	02	3º GC	5	Enfermeira	E.Mat.Inf.	Téc. Enf.	1	12x60	Noturno	Extra Q.	Sim	UTIN
P40	24	Solteira	00	3º GC	10meses	Enfermeira	E.Mat.Inf.	Téc. Enf.	1	12x60	Noturno	Extra Q.	Sim	Residênci

Nome	Idade (anos)	Estado Civil	Nº Filhos	Nível Instrução	Tempo Formado (anos)	Formação	Pós-Graduação	Categoria UTIN	Tempo UTIN (anos)	Regime Trab.	Turno	Tipo Vinc.	Outros Empr.	Setor
P41	45	Divorciada	01	2º GC	26	Téc. Enf.	-	Téc. Enf.	14	12x60	noturno	estatutário	sim	UTIN
P42	47	Casada	02	2º GC	23	Téc. Enf.	_	Téc. Enf.	6	24x120	24h	Extra Q.	Sim	UTIN
P43	42	Solteira	02	3º GC	8	Enfermeira	_	Téc. Enf.	12	24x120	24h	Estatutário	Não	-
P44	58	Solteira	01	2º GC	N.lembra	Téc. Enf.	_	Téc. Enf.	18	24x120	24h	Estatutário	Sim	Ped.
P45	39	Casada	03	3º GC	15	Fisioterapeuta	_	Téc. Enf.	02	24x120	24h	Extra Q.	Não	-
P46	35	Solteira	00	3ª G INc	10	Téc. Enf.	_	Téc. Enf.	02	24x120	24h	Extra Q.	Sim	UTIN
P47	24	Solteiro	00	3º G INc	5	Téc.Enf.	_	Téc. Enf.	1	24x120	24h	Estatutário	Sim	CTIP
P48	44	Casada	02	3º GC	4	Farmácia	_	Téc. Enf.	17	24x120	24h	Estatutário	Sim	N..informou
P49	39	Casada	01	3º GC	11	Fisioterapeuta	_	Téc. Enf.	2	12x60	Noturno	Estatutário	Sim	N.Informou
P50	46	Casada	01	2º GC	14	Téc. Enf.	_	Téc. Enf.	7	12x60	Diurno	Estatutário	-	-
P51	43	Casada	03	3º GC	11	Fisioterapeuta	-	Téc. Enf	20	12x60	Noturno	Estatutário	Sim	N. informou
P52	26	Solteira	00	3º GC	2	Enfermeira	E.Neo	Téc. Enf.	5	12x60	Diurno	Estatutário	Não	_
P53	34	Solteira	01	3º GC	3	Enfermeira	E.Mat.Inf.	Aux. Enf	2	12x60	Noturno	Estatutário	Não	-
P54	60	Casada	02	3º GC	7	Enfermeira	E. Trabalh	Aux. Enf	1	12x60	Diurno	Estatutário	Sim	Cirurg.A
P55	52	Casada	03	2º GC	29	Aux. Enf.	_	Aux. Enf	23	12x60	Noturno	Estatutário	NQM	-
P56	51	Casada	02	3º GC	5	Enfermeira	E. Trabalh	Aux. Enf	11	12x60	Diurno	Estatutário	Sim	Emergência
P57	47	Solteiro	03	2º GC	29	Aux. Enf	-	Aux. Enf	20	12x60	Diurno	Estatutário	Não	-
P58	52	Casada	01	3º GC	5	Enfermeira	_	Aux. Enf	4	12x60	Diurno	Estatutário	Sim	CTIA
P59	42	Casada	01	3º GC	15	Enfermeira	_	Aux. Enf	21	12x60	Noturno	Estatutário	Sim	N.Informou

Como se pode depreender do exposto, foram entrevistados cinquenta e nove profissionais (59) dos quais cinquenta e quatro (54) eram do sexo feminino e cinco (05) do masculino. O estudo contemplou todas as categorias dos profissionais de enfermagem: trinta e dois (32) enfermeiros, vinte (20) técnicos de enfermagem e sete (07) auxiliares de enfermagem. Quanto ao critério de idade, quatro (04) enfermeiros e quatro (04) técnico/auxiliar na faixa entre 20-30 anos, dez (10) enfermeiros e cinco (05) técnico/auxiliar entre 31-40 anos, treze (13) enfermeiros e dez (10) técnico/auxiliar entre 41-50anos, cinco (05) enfermeiros e oito (08) técnico/auxiliar entre 51-60 anos.

Em referência ao estado civil, trinta e dois (32) eram casados ou conviviam em união estável, vinte e um (21) solteiros e seis (06) divorciados. Do total de participantes trinta (30) tinham filhos (entre 1-3), apenas um (01) participante informou quatro (04) filhos.

Quanto ao nível de instrução, sete (07) profissionais tinham apenas o segundo grau completo, quarenta e oito (48) o superior completo e destes trinta e oito (38) realizaram especialização em áreas afins; quatro (04) profissionais informaram o terceiro grau incompleto sendo que dois estão em curso e os outros dois interromperam os estudos.

Quanto ao tempo de formação desde o último grau obtido, vinte (20) profissionais tinham entre 1 -10 anos de formação; dezenove (19) entre 11-20 anos; dezessete (17) entre 21-30 anos e três (03) com mais de 30 anos. O tempo de atuação na UTIN do mesmo grupo foi o seguinte: trinta e oito (38) profissionais entre 1-10 anos, quatorze (14) entre 11-20 anos e sete (07) 21-30 anos.

Na categoria de técnicos e auxiliares de enfermagem que tem como base o ensino médio (segundo grau completo), dezesseis (16) profissionais continuaram os estudos e concluíram o ensino superior; desses, doze (12) cursaram enfermagem, três (03) fisioterapia e um (01) farmácia.

A escala de trabalho em três instituições era de 12x60h diurno ou noturno e 6h diárias para a função de rotina da unidade. A quarta instituição funcionava com escala principal de 24x120h e uma secundária para os profissionais que atuam na função de rotinas da unidade.

Com referência ao vínculo empregatício, cinquenta (50) profissionais eram estatutários, segundo regime jurídico-administrativo da Lei 8.112 e tinham regime próprio de previdência social. Nove (09) profissionais estavam na categoria de extraquadro; não faziam parte do quadro efetivo das instituições.

Do total (59) de participantes, quarenta e quatro (44) informaram que trabalhavam em outra instituição e desses, dezoito (18) atuavam em UTIN.

Essas foram características factuais do ser-ai profissional de enfermagem que atuavam nas UTIN cenário do estudo.

5.2 Análise Compreensiva

O primeiro momento da análise compreensiva envolve a constituição das unidades de significação a partir da transcrição, leitura, escuta atenta do conteúdo significativo dos depoimentos e captação das estruturas essenciais. Heidegger (2012, p.41) refere que: “como busca, o perguntar necessita de uma direção prévia a partir do que é buscado”.

5.2.2 Unidades de significação

1ª Unidade de significação

Para os profissionais da equipe de enfermagem da UTIN, **o cuidado neonatal é** sistematizado, especializado, específico, criterioso, rigoroso, organizado, minucioso, qualificado, humanista, fascinante, técnico, essencial, em evolução, vinculado ao ensino constante, à atualização e extensivo à família.

O cuidado dentro de uma unidade neonatal é sistematizado, hoje o cuidado é mais humanizado, nós aprendemos a lidar mais com a família. P1

É um cuidado especializado, bem específico, é um cuidado que se estende para a família, não é somente um cuidado técnico, mas, atualmente a gente tem um olhar de um todo. Existe uma troca de saberes com os outros profissionais e essa visão do seu cliente enquanto família é como se fosse uma extensão. Eu acho que o cuidado nessa instituição está muito ligado ao aprendizado. P2

O cuidado é integral, tem que ter um olhar aguçado, tem que estar atento aos monitores, tem que observar alarmes, realizar ajustes conforme a particularidade de cada criança, não apenas aparelho. O enfermeiro está sempre presente. P3

[...] o cuidado aqui é feito de uma forma organizada, sempre fazemos as coisas de acordo com as normas de infecção, de acordo com nossos POPs, nada que fira os princípios científicos, de acordo com cada criança e patologia. P4

O cuidado é bem rigoroso, sistematizado [...], o quantitativo de pessoal é fundamental para a atenção que damos, é uma atenção exclusiva com mais dedicação. P34

O cuidado neonatal eu caracterizo como muito especializado, minucioso, peculiar, exige uma capacidade de percepção além do normal, porque você está cuidando de um ser humano que antes de qualquer coisa não tem capacidade verbal para manifestar seus sentimentos. Não é uma coisa mecanizada como aparentemente possa parecer. É um cuidado que reflete para o profissional uma complexidade muito maior do que se tem no cuidado com a pessoa adulta. P5

É um cuidado muito específico, é uma clientela muito diferenciada, em que a fisiologia e a anatomia que estudamos no geral não servem para o que você vê em Neo. Onde o enfermeiro

tem que dá assistência voltada para a questão da sobrevivência daquele bebê, mas também não pode perder o foco que existe uma família por trás, tem que compreender toda a questão envolvida. P6

O cuidado neonatal é integral, bem qualificado, preocupam-se com a necessidade de cada criança, pois as necessidades são diferentes. P7

Acho que é um cuidado especializado, específico para cada recém-nascido, é um cuidado humanizado, com qualidade porque nós temos um maior quantitativo de enfermeiro para uma assistência à beira do leito, não é um cuidado administrativo. P8

Eu vejo como uma assistência totalmente complexa, um cuidado muito minucioso. P9

O cuidado aqui é tranquilo, específico, nós temos bastante profissionais. P36

Eu acho que a gente presta uma boa assistência, é um cuidado que melhorou muito, porque a gente tinha na época somente auxiliar de enfermagem, agora nós temos um bom quantitativo de enfermeiros, temos varias especialidades. A UTIN é um berço, a gente forma cada vez mais e melhores profissionais. P10

Cuidado neonatal é muito especializado e sistematizado, vinculado ao ensino constante, à atualização, a muitos cursos, a presença de residência. Cuidado neonatal na unidade é excelente, não fica devendo nada a uma instituição privada. P11

É um cuidado em que se preocupa com a parte da humanização, da qualidade e da especialização. P37

O cuidado é muito humanista, tem uma visão holística, as pessoas buscam muito. P12

É um cuidado que visa muito à qualidade, humanização constante, não só no cuidado direto ao bebê, mas também a família. Visa o mínimo de erros e de eventos adversos. P13

O cuidado é individualizado, especializado, de qualidade, [...] nós da enfermagem principalmente, temos um maior contato nas 24h, somos nós que damos os cuidados diretos, somos extremamente imprescindíveis para que aquela criança possa ter uma qualidade de vida. P14

O cuidado na UTIN é muito complexo, tem a parte da humanização e a parte técnica mesmo, até pegar no prematuro exige técnica, não podemos pegar de qualquer jeito. [...] tem que ter muita responsabilidade, mas é uma maravilha, fascinante, ver o prematuro chegar pequeno, sem perspectiva de vida e sair um belo bebê, essa luta entre a vida e a morte. P38

Cuidado especializado, que requer aperfeiçoamento teórico-prático contínuo, muita sensibilidade, capacidade de observação, ser bastante paciente, ter um espírito de equipe bem trabalhado e rotinas bem amarradas. P15

É um cuidado muito específico que necessita ser olhado como um todo, quer dizer vai além dos procedimentos técnicos propriamente ditos, cuidado neonatal a gente lida com a mãe, com a família [...] aqui todos os enfermeiros atuam, principalmente nos casos mais graves. P16

Acho que é um cuidado intensivo, requer da gente um olhar sensível, muita observação e atenção por parte de todos da equipe porque a criança não diz para a gente o que estar sentido. P17

É um cuidado bem mais cansativo, pois exige muito mais atenção porque as crianças não falam. O tempo todo, elas se expressam e a gente tem que observar esses sinais e sintomas deles. P53

Eu coloco cuidado neonatal como se fosse o top do cuidado, uma excelência no cuidado, de humano para humano, eu acho que é um trabalho muito significativo, é um trabalho essencial, de vida mesmo. P54

Cuidado qualificado, um cuidado criterioso de toda a equipe multiprofissional, um cuidado bem pensado, que dá satisfação pelos resultados. P18

É um cuidado sistematizado, muito minucioso e a demanda é muito grande, então temos que estar atentos em todos e qualquer cuidado, para dar qualidade de vida futura para essa criança. P19

É um cuidado que a gente tem que estar sempre atento ter muita atenção, muita atenção mesmo. Tem que ter equipe. P55

É um cuidado com muita responsabilidade, visando bem o cuidado com o RN e também englobando o cuidado com os familiares, tem que ter muita consciência do que estão fazendo. P39

É um cuidado que tem o trabalho técnico, mas também trabalha muito com a parte emocional. P56

É um cuidado humanizado, embasado em conhecimento técnico-científico, de qualidade, com algumas dificuldades de hospital público, [...] A equipe da neo é uma equipe diferenciada na sensibilidade. P21

É um cuidado que você tem que ter atenção a todo o momento para não trazer mais complicações para o bebê. [...] P40

É um cuidado especial, exige desse modo muita atenção durante todo o tempo, é um trabalho com seres indefesos e famílias fragilizadas. P41

É um cuidado bom, feito com muita dedicação, tem rotina, qualidade. A gente vê resultados, por exemplo, prematuros aqui saem e saem bem. P42

Bem, eu acho que o cuidado na UTIN é um cuidado diferenciado, não só pelo tamanho e pela fragilidade do cliente. É bem específico, é pura perspectiva de vida. Não é só fazer o possível para aquele paciente não morrer, é fazer o possível para ele sair daqui e sair bem lá na frente. Eu acho que UTIN não é só a criança em si é abraçar a família também, não tem como separar uma coisa da outra. P43

Eu acho que o cuidado neonatal está melhorando, antes a gente deixava eles sem humanizar. P44

Eu acho que é um cuidado do olhar para o ser humano, extensivo, humanizado, começa por sabermos que estamos com seres humanos muito fragilizados, muito pequeninhos que dependem de um cuidado total, assim podemos chegar com as técnicas. É humanização aliado as técnicas e interação multidisciplinar. Não é só cuidar, pois, eu acho que o cuidar é mais instituído, mais papel, rotina, é mais pesado, ter que cuidar é mais obrigação agora você ter cuidado soa mais em carinho, ter zelo para poder cuidar. P45

O cuidado é bastante específico, e por vezes com muita complexidade, é um cuidado bastante intensivo mesmo, o tempo todo do lado do bebezinho. P46

O cuidado aqui não tem protocolo de mínimo manuseio, eu acho que é um cuidado pouco deficiente nessa parte humana, o pessoal daqui de uma forma global tem um conhecimento bom, uma boa prática, mas essa parte humanizada daqui é muito complicada, o cuidado de forma técnica não é ruim, a humana tem que melhorar. P47

É um cuidado com comprometimento, humanizado, nosso cuidado se tornou bastante diferenciado pelo jeito que cuidamos, pelo incentivo ao aleitamento materno, ao cuidado humanizado, ao comprometimento da equipe de enfermagem e de médicos. P22

É um cuidado que vai além, envolve as famílias e a rede de apoio. Uma assistência de qualidade. O grupo da enfermagem está sempre à beira do leito. P23

Eu acho um cuidado bastante específico, especializado, nem todos se adaptam na UTIN, tem que ter não só habilidade mais também afinidade com esse cliente. É um cliente que precisa de bastante atenção e você não lida só com o paciente em si, tem os pais da criança, a família. P48

O cuidado neonatal aqui é especializado, um cuidado multiprofissional, que foca muito mais a equipe médica e de enfermagem. P25

O cuidado neonatal aqui tem as rotinas muito bem amarradas, o fluxo de trabalho é bem organizado, [...] você tem bons profissionais, até o material que a gente trabalha é de qualidade boa. P26

É um cuidado de forma a causar o menor número possível de iatrogênia. A organização da assistência é planejada de modo a facilitar o trabalho do profissional, mas também respeitando os momentos da criança, as técnicas são realizadas de modo satisfatório, as pessoas têm cuidado com o que está fazendo, tem carinho. P27

É um cuidado sistematizado, que é exercido focando a humanização, respeitando e valorizando o binômio mãe-bebê. P28

Eu acho que o cuidado neonatal é cuidar do bebê que está em situação de risco de vida e precisa de uma assistência intensiva, porque o mínimo detalhe pode fazer a diferença, acho que o cuidado aqui é bem delicado. P49

É um cuidado que exige muita doação, o gostar de fazer. É um cuidado importante porque essas crianças que nascem pequenas precisam da tecnologia e o trabalho humano é muito importante, mesmo não tendo muitas coisas que fariam a diferença, tipo – melhor tecnologia, mas se vê que a parte humana aqui faz a diferença. P50

Eu acho que o cuidado ainda é exercido de uma forma precária, precisa ser melhorado, tentamos fazer uma assistência humanizada. P30

O cuidado neonatal é carinho, atenção, assistência com qualidade e responsabilidade, mas aqui a gente se desdobra para conseguir uma melhor assistência. P31

O cuidado aqui, dentro do possível, do que nos é ofertado, é bom, as coisas são feitas dentro das técnicas. P58

Eu acho que a gente tem um bom padrão de cuidado técnico, tendo em vista o sucesso da maioria dos quadros, mas algumas coisas relacionadas à humanização do cuidado precisam melhorar bastante. P32

O cuidado aqui, no geral eu vejo diferença, principalmente em relação ao serviço particular, algumas técnicas, alguns protocolos que lá eles tinham aqui não existem. Mais aqui os profissionais são bastante dedicados, tem um acompanhamento legal. P59

É um cuidado bem atencioso, em mudança. As pessoas se organizam para cuidar do recém-nascido da melhor forma. P52

2ª Unidade de significação

Para os profissionais da equipe de enfermagem da UTIN, **o cuidado neonatal** é uma prática assistencial gratificante, recompensante e prazerosa, desenvolvida com carinho e amor, atualmente mais fundamentada e com protocolos, exige muita atenção, depende de cada um e de todos.

[...] trabalho com tranquilidade, hoje mais do que ontem, porque nós éramos poucos, hoje nós somos muitos, minha prática é muito mais fundamentada, ela é pensada pela gente, é feita pela gente e depois avaliada. P1

Eu gosto muito de trabalhar aqui, fico muito a vontade, trabalho de uma forma muito tranquila. Eu acredito que meu trabalho é importante e fundamental para que se tenha harmonia e resultado satisfatório. P4

Eu particularmente adoro cuidar de criança, [...] saber que você participou de uma forma ativa no desenvolver, no desenrolar para a criança ficar melhor, você está atuando e está botando uma vida para sobreviver. É uma realização pessoal porque você sabe que é muito importante no que faz. Cada um como equipe, tem a sua importância, desde o pessoal da limpeza até o médico. Quando a gente entra na UTIN é que a gente vê como que a vida é valiosa, a gente só tem noção de como a vida é preciosa quando a gente fica lutando por uma coisinha tão pequena. P33

[...] eu desenvolvo com muito entusiasmo e carinho, pois é uma coisa que gosto de fazer. P34

Eu me sinto feliz porque acima do cuidado complexo, há um ser – a criança. Porque você recebe essa criança muitas vezes em estado grave e com o seu cuidado ao longo do tempo ela vai evoluindo P5

Nós fazemos cuidados diretos e indiretos, diretos relacionados a tudo do bebê e indireto ao prever e prover meios para que esse cuidado ocorra da melhor maneira, você pode precisar agregar conhecimento de outras áreas para conseguir prestar um cuidado de qualidade e acho que o enfermeiro é a ponte entre todas essas categorias profissionais, ali atuando para melhoria dessa criança. P6

O cuidado tem vários aspectos, cuidar da criança, se envolver com a família, e eu me sinto realizada, adoro o que faço, é muito recompensante. P7

Eu acho muito fácil de trabalhar aqui, eu me sinto bem, gratificada pelos resultados. Sigo uma rotina que já é dada [...] quando tenho dúvidas procuro meus líderes. Para mim é essencial o trabalho da enfermagem dentro da neonatal. P35

Sinto-me bem, útil por estar fazendo um trabalho de qualidade, gratificante, porque em outros lugares às vezes a gente não tem a oportunidade de estar à beira do leito, se faz apenas a supervisão. P8

[...] para mim foi uma surpresa vir trabalhar aqui, e se tornou um ponto de satisfação muito grande porque eu acabei me identificando muito com o perfil assistencial, e de certa forma cuidar de um bebê me remete a uma renovação. Eu acabei vendo esse cuidado me trazendo um prazer muito grande. P9

Desenvolvo o cuidado neonatal aqui com tranquilidade, dentro das rotinas estabelecidas. P36

Eu me sinto gratificado por ser um dos responsáveis pela formação de muitos que por aqui passaram, e feliz pelo bom resultado do nosso cuidado. Estou sempre buscando ver se alguém está precisando de alguma coisa. P10

Eu me sinto realizado profissionalmente, estamos sempre aprendendo coisas novas. Sou enfermeiro assistencial e tenho que atuar coma criança a beira do leito. P11

[...] eu me sinto bem, me sinto segura, desenvolvo um cuidado assistencial com a criança, coloco em prática aquilo que aprendi nos cursos que foram dados. P37

Eu me sinto realizada, não penso só na patologia que a criança tem, penso de uma maneira geral. O enfermeiro faz tudo, tem uma importância muito grande dentro da UTIN, você cuida da criança, da mãe, da família. É muito gratificante, adoro o que eu faço. P12

Eu me sinto bem desenvolvendo o cuidado neonatal, a unidade me proporciona outros recursos, outras possibilidades que eu não vejo na minha outra instituição, principalmente as coisas relacionadas à assistência, à sistematização. É tranquilo desenvolver o cuidado na unidade, ainda temos um número grande de profissionais de enfermagem como um todo. P13

Eu gosto do que faço me sinto emocionalmente estável, tranquila, não é um setor que me cause estresse, aqui a gente percebe que é um cuidado maior, e eu gosto, [...] crianças mais graves normalmente são de assistência direta do enfermeiro. P14

Eu me sinto muito feliz, dever cumprido de ter participado do desenvolvimento desse bebê, realização profissional, eu fiz parte desse momento. P38

Eu acho muito significativo meu trabalho, faço com muito amor e prazer. Sou auxiliar, faço banho, higiene, administração de medicamentos, orientação às mães e outras tarefas mais. P53

É um cuidado muito minucioso, que dá muito trabalho, mas é gratificante, vale cada momento. P54

[...] me sinto satisfeita em estar ajudando uma vida. [...] Quem está ali 24h com o doente é a enfermagem, a enfermagem que ver tudo, se o doutor consegue tirar o paciente é trabalho conjunto coma enfermagem. P55

[...] é muito bom, eu gosto do que estou fazendo, há uma satisfação, coloco em prática da melhor maneira que posso. P39

[...] eu gosto muito de atuar em neonatal, é muito gratificante, gostoso, é bom você ver a evolução, observar a resposta da criança diante de um cuidado que você faz. Eu não me vejo fazendo outra coisa. P20

Eu me sinto muito feliz e útil ao estar aqui desenvolvendo esse trabalho, é gratificante ver os resultados. P56

[...] eu gosto muito do que eu faço, quero fazer melhor a cada dia. Eu desenvolvo o cuidado de acordo com o conhecimento que eu adquiri no curso de especialização neonatal adequando às rotinas institucionalizadas e organizando dentro da equipe. P21

Sinto-me muito realizada trabalhando em neonatal, aqui eu consigo colocar em prática o que aprendi e ver resultados. P40

Eu gosto de trabalhar em neonatal, é um cuidado gratificante, acho que deveria ter mais investimento para o profissional. P41

Eu gosto muito, eu me sinto muito bem, eu procuro me doar, eu tento e faço o possível para fazer a diferença positiva para o paciente que eu cuido, eu sinto muito prazer de fazer o que faço. P43

[...] Aqui eu acho comparando ao outro vínculo, que eu tenho uma liberdade maior, autonomia para trabalhar, e eu gosto disso. P46

Eu tendo fazer da melhor forma possível, venho com o pensamento que venho para o bebê, para cuidar dele, para ficar com ele, ele vai ser meu companheiro nas 24 horas. P47

É uma realização como pessoa poder cuidar de um bebê, saber que eu posso ajudar ele desenvolver e sobreviver. [...] Eu acho que o meu cuidado nunca vai mudar, o meu cuidado é humano, acho que nós que somos da enfermagem, da área da saúde, isso tem que vir com a gente. P22

[...] Eu me sinto realizada, eu acho que a gente pode melhorar, eu sempre utilizo tudo que aprendi de mais atual para trabalhar em prol do RN, sempre observando qualquer alteração

clínica, como também em relação ao conforto, ao vínculo com a família e comunicando a equipe. P23

[...]. Eu gosto muito, é prazeroso você ver resultados e saber que fez parte daquele processo. P24

Eu me sinto bastante feliz, é muito gratificante quando você pega um bebê de 500g e ele sai daqui com 2 quilinho, isso não tem preço. P48

Eu gosto muito do que eu faço, é agradável e recompensante. P25

Eu amo, eu adoro, eu tenho uma verdadeira paixão por essa área, eu não conseguiria trabalhar em outra área se não fosse criança, eu gosto muito. P28

[...] eu gosto muito de trabalhar em UTIN, é gostoso e gratificante, apesar de eu gostar muito, às vezes eu me sinto mais tarefaira do que realmente exercendo a função de enfermeiro. Eu tento fazer as coisas pela criança da forma que achamos adequado, acho que se você der o exemplo é melhor do que você sempre ficar mandando a pessoa fazer. P29

Devido à característica da unidade eu me sinto tranquila, porém quando interna bebês com um grau de complexidade maior eu fico insegura. [...] P49

Eu procuro fazer o melhor, busco sempre estar atenta aos detalhes. [...] eu gosto muito, sempre gostei de trabalhar com crianças, para mim é maravilhoso, isso é muito gratificante. P50

Eu procuro atender as orientações da enfermeira, dentro do conhecimento técnico que tenho. Sinto-me importante, cooperando para o desenvolvimento da criança e sua melhora. Sinto-me fazendo parte da sua recuperação. P51

Eu me sinto realizada é um trabalho gratificante, procuro estar sempre atenta. Ver a criança ir de alta não tem preço. P58

[...] Eu tento desenvolver o cuidado da melhor forma possível, atentando para as diferentes questões, gosto muito de trabalhar na UTIN. P59

Eu gosto muito do que faço, a maior gratificação é quando um bebê que você cuidou volta e você vê que ele está bem, é muito triste quando você perde um RN, ou quando sai de alta, mas não tão bem quanto se gostaria. Eu me sinto realizada apesar de perceber que muitas coisas ainda precisam mudar na unidade. P52

3ª Unidade de significação

Para os profissionais da equipe de enfermagem da UTIN, **o cuidado neonatal é um trabalho em equipe, equipe ainda mais multiprofissional que multidisciplinar e, por vezes, fragmentado. Requer mesclar conhecimentos para ver o recém-nascido como um todo.**

A troca fica entre os staffs de cada especialidade, mas não há uma troca com a equipe toda, acho que isso se perdeu, quando éramos menos era mais tranquilo, tinha uma troca muito melhor. Tem ações que já deveriam ser transdisciplinar, eu posso fazê-la, você pode fazer, no entanto é muito fragmentado. P1

[...] atualmente a gente trabalha com outros profissionais, se tem uma visão mais ampla, porque antigamente era só o cliente, o enfermeiro e o médico, [...] você cresce junto, têm outros conhecimentos, esses novos conhecimentos se mesclam. P2

[...] a gente trabalha com muitos profissionais, várias equipes, médico, fisioterapeuta e outros, todos trabalhando em conjunto. Acho que depende do profissional como pessoa, como irá chegar às pessoas, e vice versa, têm que ter jogo de cintura, saber caminhar, caminhar junto, cada um com seu saber, todos eles em prol da criança. P3

A gente não consegue trabalhar como equipe multidisciplinar. [...] a gente não tem uma união, no que depende do nosso trabalho, para que a gente possa somar na assistência e fazer um retorno mais positivo para essa criança. Eu vejo que em alguns momentos os profissionais trabalham junto, mas não de uma forma sistematizada. P4

[...] eu acho muito importante essa integração multiprofissional, você entende uma área que não é a sua de atuação e começa a avaliar certas coisas, então você pode acionar ajuda. P33

[...] saber que tem outra pessoa cuidando junto com você passa segurança para trabalhar, saber que está todo mundo trabalhando pelo bem-estar daquele bebê. [...] a gente vai pedir ajuda, vai dividir opiniões, não vai ter nenhuma restrição em falar com nossos líderes, a gente vai colocar nossa opinião e os líderes irão ouvir e discutir se aquilo é bom ou não. P34

[...] muitas vezes me vejo em conflito por decisões de outros profissionais, eu percebo que ainda há um distanciamento no sentido de ouvir-nos em alguma alteração que detectamos na criança, isso me incomoda, me sinto um pouco incapaz nesse sentido, percebo visões comportamentais ainda diferentes em uma mesma categoria profissional. Eu acho que antes de qualquer coisa é importante à troca de experiência, a humildade para aprender e para ensinar, aqui eu não vejo essa troca. P5

[...] eu percebo que as pessoas não falam a mesma linguagem, isso é complicado, pois cada um dentro da sua área tenta desenvolver uma tecnologia de sua forma, só que a gente tem que entender que na verdade é um trabalho em equipe e não de cada profissional isolado. P6

Os profissionais são bem capacitados e envolvidos, embora ainda falte maior integração. P7

A equipe multidisciplinar dentro de seus limites cada um faz o que tem que ser feito com o bebê, com o objetivo que saia bem. P35

[...] A gente consegue uma boa integração com as outras carreiras. P8

Eu vejo uma integração maior com a equipe médica e de fisioterapia, conseguimos ter uma abordagem boa, embora seja definido por cada categoria, mas a gente consegue dentro daquela complexidade do bebê tratar uma série de informações para fazer o cuidado direcionado, cada um na sua assistência, mas de uma forma a ver a criança como um todo. P9

[...] Eu não sei como é por aí, mas aqui cada um faz sua parte para a criança e isso é bom. P36

[...] é necessário que enquanto equipe multiprofissional, entendamos e respeitamos uns aos outros para podermos cuidar do nosso paciente, acho que aqui é assim. P10

Há uma integração entre as várias disciplinas, assim conseguimos ver a criança como todo. Um respeita o espaço do outro e contribui para avaliação e para um feedback para o outro também. P11

A equipe multidisciplinar é muito boa, todo mundo trabalha em equipe mesmo. P37

A equipe multidisciplinar aqui funciona, todo mundo tem opinião, todo mundo tem autonomia, a gente tenta fazer o melhor pela mãe e pela criança, a equipe multidisciplinar soma muito mais resultados, pois são várias pessoas pensando visões diferentes sobre aquela criança. P12

[...] é um setor onde a equipe é muito integrada, você consegue manter um link, uma troca, um feedback bom com as equipes, mesmo sendo um hospital universitário onde tem uma rotatividade grande de residentes. P13

Aqui existe uma equipe multidisciplinar e a gente procura realmente ter uma mesma fala entre todos. Nossa equipe também mantém uma relação harmônica, o que facilita o trabalho, no sentido até de priorizar os cuidados e não fica cada um a manusear a criança [...] apesar de ser um hospital universitário onde você vai ter acadêmicos, residentes, internos, na mesma unidade. [...] P14

[...] a equipe multiprofissional se respeita, a gente consegue desenvolver um trabalho juntos. Eu sempre vivi a realidade de valorização, de participação em round, de questionar, de perguntar a minha opinião, de ser ouvida em relação ao paciente, acho um sonho para qualquer clínica, qualquer especialidade, você ter o peso de sua opinião, de sua avaliação para traçar a conduta do paciente. P15

Procuramos trabalhar sempre muito em harmonia, um depende do trabalho do outro, aqui eu acho muito bom a relação que a gente tem com a equipe médica, eles ouvem muito a enfermagem e isso diferencia de outros serviços. P16

[...] Eu acho que a gente consegue trabalhar bem em equipe, tem uma equipe de enfermagem bem unida, isso facilita para as crianças e para as mães. P53

[...] uma equipe que tem interação com os outros, é uma equipe que está focada na criança, no cuidado com essa criança é muito boa, não é mais um colega de plantão, é uma interação de cuidado, principalmente na equipe de enfermagem. P54

A equipe no geral é boa tanto de médicos quanto do pessoal de enfermagem, que tem disposição de ouvir, se for preciso mudar alguma coisa e aprender. Não é uma equipe que se veja desavença ou alguma coisa, o pessoal trabalha bem unido, a equipe é boa. P20

Temos um bom entrosamento com o grupo, procuramos ser uma equipe harmoniosa. Tem uma parceria da coordenação, é uma família, como toda família tem momentos bons e outros não, tem setor que você é só mais um funcionário, aqui eu vejo parceria. P56

À noite, a equipe multidisciplinar como um todo não atua, a nossa relação é com a equipe médica, eu vejo que a relação varia em cada plantão, tem plantão que a gente compartilha, interage, trabalha junto, pelo bem estar do bebê, mas tem plantão que a gente não vê isso não. P21

Como equipe multiprofissional nos somos parceiros, trabalhamos bem, nos comunicamos bem, mas falta o serviço de psicologia na unidade, eu acho um serviço fundamental na neonatal. P40

[...] A noite não tem equipe multidisciplinar, a equipe de enfermagem é basicamente a presença no setor e o médico quando há intercorrências [...] P41

Ninguém tem um contato mais direto com a criança que a enfermagem, porque até para o médico traçar os planos dele de cuidado, ele vai fazer isso baseado nas informações que eu e a equipe passamos e não somente no que ele examina. Eu acho a enfermagem fundamental, a ponte paciente-medicina, paciente-família. P43

[...] as enfermeiras, a equipe estão batalhando pra caramba, mas há desavença dos médicos dizer que sim e elas que não, acho que ainda deve melhorar a equipe de enfermagem junto com a equipe de pediatras, eu acho ainda um pouco de imposição dos médicos. P44

[...] Eu acho que é tudo interação entre as equipes multidisciplinar e relação interpessoal, quando as equipes são coesas, estão falando a mesma coisa, linguagem, isso facilita a nossa assistência e com certeza a qualidade do cuidado do neném, é a interação, a integração, a troca de informações. Aqui na maioria dos plantões funciona conforme eu estou falando. P45

[...] uma relação mesmo de parceria, tanto com a equipe de enfermagem quanto da equipe médica, há um feedback tanto do enfermeiro quanto da equipe médica, em relação às nossas observações. Aqui o cuidado é bem multidisciplinar e acho que na medida do possível isso é respeitado e considerado. P46

[...] então essa falta de autonomia tanto da parte do técnico como do enfermeiro é muito complicada, não vejo essa união entre técnicos e enfermeiros, tem essa diferenciação de equipes, e as equipes também são difíceis, ausência de servidores incomoda também, acho que em alguns momentos isso dificulta o cuidado, poderia ser mais fácil. P47

[...] a equipe multidisciplinar é envolvido com a criança e com o cuidado além; não só o que está projetado em uma prescrição. P23

Acho que o cuidado é feito de forma muito dedicada por todos os profissionais, toda a equipe busca sempre utilizar as melhores práticas. P24

Eu percebo que os pediatras, o grupo geral que trabalha na UTIN é diferente de qualquer outro lugar que já passei, eles tem realmente afinidade muito grande com as crianças, eles são bastante envolvido, em busca de um resultado. . Em relação à enfermagem hoje os cuidados é bem dividido, hoje eu acho mais interessante, porque o enfermeiro passou a ter um papel mais especializado. P48

[...] há uma boa interação sempre buscando uma melhor assistência em pró do bebê que está ali internado, trabalhar em conjunto é muito melhor, Eu acho que isso ajuda muito, quando a gente pode discutir, colocar o seu ponto de vista, quando ele é ouvido e quem sai ganhando é a ponta – o paciente. P25

[...] aqui é um local que a equipe médica e os colegas são muito bons, apesar de a gente tentar se colocar um pouco mais, ainda tem aquela coisa de ter sempre que comunicar aos médicos, não temos muita liberdade em determinadas situações, [...] P26

[...] ainda falta alguma coisa para a assistência realmente ficar dinâmica, ainda tem um pouco de dificuldade interdisciplinar de relacionamento. [...] está melhorando, a própria equipe de enfermagem já tem um posicionamento diferente ao longo da assistência prestada. P27

[...] existe uma fragmentação grande aqui, pois acaba não tendo um cuidado de uma equipe neonatal, existe o cuidado do enfermeiro, o cuidado do médico, é bem fragmentado, existe muita dificuldade de traçar uma conduta mesmo em equipe, precisava de um diálogo maior, de uma equipe unida, traçando uma mesma conduta. P29

Por trabalhar a noite meu contato somente é com a equipe médica, e em sua maioria todos são bem acessíveis, conseguimos um bom entrosamento no cuidado ao bebê. P49

Aqui não há uma integração dos profissionais cada um faz a sua parte, a relação melhor ainda é entre a equipe médica e de enfermagem. P57

Eu acho que ainda não ocorre uma relação harmoniosa de todos em prol do que é melhor para o bebê, a enfermagem tem melhor contato com os médicos. P50

Aqui ainda temos muito que melhorar, todos conhecerem e buscarem meios de cuidar de forma integralizada. Cada um faz do jeito que aprendeu, e, o melhor que seria para a criança hoje não acontece. Não tem como fazer um atendimento bem feito senão em equipe. P51

Eu acho que a equipe multiprofissional precisa melhorar, nós enfermeiros não temos o reconhecimento que deveria ter no nosso cuidado como enfermeiro e membro da equipe multiprofissional. Eu vejo o enfermeiro como grande incentivador da sua equipe e multiplicador de ideias. E um dos mais importantes porque é o cuidado de enfermagem que está ali nas 24 horas com a criança e com o familiar. P30

[...] não depende só de um cuidar e aqui a gente sente essa deficiência, acho que falta amarrar a equipe, ter uma boa interação de todas as especialidades, nós achamos uma coisa, eles outra, não tem uma integração, há várias condutas e acho que a criança fica prejudicada. P31

Acho que não tem uma interação e integração entre a equipe multiprofissional, há desencontros, na verdade a síntese de nosso trabalho é a criança, aqui ainda cada um faz a sua parte, mas não visando a bebê como um todo. P58

Eu acho que ainda existem barreiras nesse cuidado multiprofissional, não há uma interação como deveria ser. Os cuidados são individualizados por categoria profissional, as equipes acabam não tendo uma interação tão próxima como seria o desejado. P32

Temos uma interação muito boa com a equipe médica, os demais profissionais não atuam a noite. P59

[...] eu sinto falta de termos rounds entre as equipes, trabalharmos juntos, mas aqui é cada um no seu quadrado, não existe essa troca de forma sistemática. P52

4ª Unidade de significação

Para os profissionais da equipe de enfermagem da UTIN, **o cuidado neonatal** é um lidar com a vida e com a morte, que mexe com o emocional, gerando estresse, desgaste e cansaço. Esse cuidado, quando desenvolvido em unidade pública é considerado pelas condições de infraestrutura.

[...] sou enfermeira da rotina, eu fico mais na infraestrutura, assim, como se fosse arrumando o cenário para as coisas acontecerem, sinto-me por vezes sobrecarregada, mas gosto do que faço. [...] nós que trabalhamos no serviço público percebemos como as coisas são difíceis de conseguir dentro da instituição, em termo de insumos, materiais, para as coisas funcionarem direitinho. P2

Eu me sinto bem, importante, [...] às vezes valorizada e às vezes não. P3

Às vezes falta um pouco de condições materiais e de insumos, por ser uma unidade pública às vezes há certas dificuldade. P33

Aqui a gente consegue ser um pouco mais exclusivo para o bebê, porque somos direcionadas ao cuidado, em outros ambientes, a gente vê que o enfermeiro fica muito voltado para a burocracia, ele perdeu aquela coisa da assistência, e aqui eles têm tempo para dar assistência e colocar o conhecimento científico deles no cuidado. P37

[...] aqui é um cuidado integral, o enfermeiro executa, desde a higiene oral, [...] até os procedimentos mais invasivos. P5

Aqui te dá condições de desenvolver uma assistência adequada, tem um bom quantitativo de pessoal, às vezes temos dificuldades com insumos e materiais o que torna o cuidado por vezes estressante [...]. P6

Porque aqui nós temos um quantitativo de enfermeiro maior, é um cuidado mais assistencial, a beira do leito, não é um cuidado administrativo, devido a grande quantidade de enfermeiros que existe aqui. P8

Não posso falar que é um cuidado completo, porque é um hospital público e às vezes a gente tem dificuldade em relação a algum material, equipamentos. P37

É um local que me proporciona outros recursos, outras possibilidades que eu não vejo na minha outra unidade, principalmente as coisas relacionadas à assistência, à sistematização, a rotinas, a POPs. P13

Nós também temos a dor, a perda também, mas eu falo dos momentos da vida que a gente consegue tirar do fundo do poço aquela vida que ia morrer, aí vem à felicidade, o prazer do dever cumprido, da realização profissional. P38

[...] eu sinto que tem uma troca tão boa que supera as dificuldades de escala, de salário, dificuldade de infraestrutura. P15

A gente lida com a vida e a morte o tempo todo, então para a gente é um serviço desgastante nesse sentido, tem plantões que a gente sai esgotado não só fisicamente mais emocionalmente também. P16

O trabalho é bastante pesado, é cansativo, mas vale a pena, a recompensa é boa. Toda a unidade tem seus problemas, condições estressantes, problemas em relação à falta de material, muitas vezes têm falta de medicações, de equipamentos adequados, novos, que funcionem. Tudo isso gera muito estresse, mas a gente tenta driblar essas coisas em prol da criança. P17

Às vezes há falta de alguns recursos materiais e de pessoal, o que dificulta um pouco [...]. P53

Às vezes há poucas condições de trabalho, material inadequado, a gente vive debaixo dessa história de licitação, que tem que ser o menor preço, por conta disso você trabalha com material inadequado, falta de material, principalmente porque hoje estamos vivendo essa crise e os recursos para as universidades e para o hospital diminuíram. Então hoje somos obrigadas a improvisar ou economizar, não aquela economia racional, mais aquela economia de guerra, é muito desagradável. Também há falta de recursos humanos, temos uma equipe boa, bem treinada, mas ainda falta pessoal para completar as equipes adequadamente, [...]. P18

[...] nem sempre temos todos os materiais disponíveis para poder trabalhar, isso me causa desgaste físico e emocional, perdemos tempo improvisando, o que nem sempre favorece o cuidado. P19

É um pouco mais difícil, aqui temos um rodízio grande de pessoas na unidade, de dois em dois anos muda residente, o contratado na área de enfermagem também muda de dois em dois anos, então quando estamos acostumando com um grupo, o grupo sai e entra outro. P20

[...] o serviço é bom, por aqui passam muitos acadêmicos de enfermagem, residentes e as pessoas saem satisfeitas porque aprendem mesmo, estamos contribuindo para os profissionais do futuro. Mas, por ser um hospital universitário poderia ser melhor, o nosso maquinário é o que você vê. Essa parte é negativa, por exemplo, temos que verificar a pressão, muitas vezes, porém demoramos muito para acharmos um aparelho que verifique a pressão do bebê e isso causa mais dor. Faltam equipamentos e materiais novos e adequados. P56

Aqui a noite é defasado porque a gente não tem a atuação dos outros profissionais, nossa relação é apenas com a equipe médica. P21

Aqui a noite é bem difícil, pois eu não vejo a fisioterapia e a fono atuando, é mais o nosso serviço mesmo que é assistencial, só em relação a área técnica mesmo. P41

Aqui é muito bom, em alguns lugares para você chegar até uma chefia há muita coisa pelo caminho, tem que falar primeiro com fulano, sicrano para depois chegar à chefia, aqui a

chefia de enfermagem diz que é você chegar a ela e conversar, bater na porta e conversar. P42

Aqui eu acho comparando ao outro vínculo que eu tenho uma liberdade maior, autonomia para trabalhar, para fazer observações, você pode ser mais participativo, isso inclusive é solicitado pela supervisão de enfermagem, que o técnico seja participativo nas observações, na passagem de plantão, no round, na apresentação de caso clínico, [...] P46

Eu acho que é um cuidado difícil, poderia ser mais fácil, porque aqui a gente não tem autonomia, dizem que a gente tem, quando exige a nossa presença nesses rounds, nas sessões clínicas, mas isso é só para mostrar, quando temos que tomar a iniciativa em uma intervenção não podemos. Aqui não tem protocolo de mínimo manuseio, eu acho que é um cuidado pouco deficiente nessa parte humana, não na parte técnica. P47

Quando cheguei aqui era um pouco precário o cuidado, tínhamos poucos recursos, até recursos humanos mesmo, com o tempo a UTIN foi crescendo, modificando e os recursos humanos melhoraram, [...] precisamos aprimorar mais os cuidados dos profissionais mesmo, uns são bons, outros ainda precisam melhorar, não que não saibam cuidar, todos sabem, mas na atualidade o cuidado humanizado requer bastante empenho, não é mecanizado como antes. P22

Hoje na neo eu acho muito mais interessante, porque o enfermeiro passou a ter um papel mais especializado, então certos cuidados é específico são do enfermeiro, eu acho que quem ganhou foi o paciente, [...] são profissionais especializados que estão chegando ao mercado com novas ideias. P48

Aqui como em qualquer hospital da rede pública tem suas deficiências, o que de certa modo interfere na dinâmica do cuidado na unidade [...] P25

[...], aqui as rotinas são muito bem amarradas. Temos protocolos para tudo, as meninas da rotina, coordenação, conseguem ter índices estatísticos para apresentar para nós, elas conseguem devolver para nós a resposta do cuidado. [...] o fluxo de trabalho é bem organizado, o enfermeiro também se coloca, participa do round junto a equipe multidisciplinar, expõe tudo aquilo que é referente ao cuidado com o bebê, mas ainda assim, a gente não tem muita liberdade em determinadas situações. Temos a preocupação de ter um número de equipe técnica respondendo ao que a legislação preconiza. [...] até o material que trabalhamos é de qualidade boa, nosso jelo é bom, os adesivos, os curativos, se precisarmos de um curativo tal e não tivermos, não demora e ele chega. P26

Aqui a gente tem certa autonomia para fazer certos procedimentos, [...] eu trabalho mais na parte assistencial, temos poucas funções burocráticas. P28

[...] a relação de profissional na unidade, nós temos 7 técnicos na escala e dentro da UTIN pelo quantitativo de leitos precisaríamos de 8, então, isso influencia muito no cuidado com o bebê. P29

Aqui existem situações em que acho que o bebê não necessariamente deveria estar aqui, porque não está em situação de risco de vida, é mais uma situação de atenção, na qual se existisse uma estrutura diferenciada dentro do hospital – um setor específico para isso- esse bebê não estaria ocupando espaço de um bebê que realmente precisa de cuidados mais complexos. P49

É um cuidado bom, mas que têm algumas deficiências por falta de treinamento, falta material, falta condições de prestarmos um bom atendimento, por vezes nós temos que improvisar. [...] P57

Às vezes tem de falta de material, o setor é um pouco deficiente, os equipamentos não tem manutenção adequada, a qualidade do material é inferior, nem sempre é apropriado a idade do bebê. [...] P50

[...] mas ao mesmo tempo você se sente incapaz, insatisfeita, sem poder agir, frente às deficiências da unidade [...] o hospital tem muita dificuldade com falta de muitos materiais, que às vezes influenciam no cuidado, por exemplo: faltam insumos básicos ou às vezes não são adequados aos bebês e isso desgasta o profissional. P30

[...] por ser um hospital público a deficiência é muito grande. Cuidar aqui na UTIN é uma sensação mista, de prazer por estar atuando na área que gosto e de incapacidade, insatisfação com a deficiência de materiais, de insumos, equipamentos. [...] É um desafio a cada dia. P31

[...] existem sim algumas deficiências. [...] existe dificuldade pelo próprio espaço do ambiente, falta de material, ultimamente temos vivido isso, então acaba o cuidado sendo prejudicado. Uma coisa que eu gostaria de participar e não é ofertado, é que participemos dos rounds. P58

[...] eu acho que o desgaste maior na unidade, é emocional, pelo estresse que vivemos no dia-a-dia, temos deficiência de muitas coisas para prestar uma assistência realmente de qualidade. P32

[...] eu sinto falta de não ter rounds entre as equipes, de não ter protocolo para dor implantado ainda, de não ter rotina de educação continuada, e outras coisas que você sabe que já há em outras unidades, isso por vezes nos desanima. P52

5ª Unidade de significação

Para os profissionais da equipe de enfermagem da UTIN, **o cuidado neonatal exige** competência, conhecimento científico, aperfeiçoamento teórico-prático, cursos de capacitação.

[...] a primeira coisa aqui para a gente trabalhar é preciso ter o título, para trabalhar aqui você tem que ser pós-graduado. P1

A gente tem que estar capacitado para cuidar em UTIN, pois é muito específico, [...] tendo voltar também meu cuidado para o residente, eu não estou ligada diretamente a residência, mas eu tenho um entrosamento grande com eles. P2

Acho que a gente tem que ter um saber científico para lidar com o bebê, cada um com seu saber, todos eles em prol da criança, para que ele tenha uma sobrevida com qualidade. P3

[...] muitos são capacitados na formação profissional, não só os enfermeiros, mais os técnicos também, até porque nós temos bastantes técnicos que tem nível superior também. No nosso plantão mais de 95% são enfermeiros. PE4

[...] exige do profissional que trabalha competência e conhecimento científico, por ser um cuidado que demanda conhecimento de uma área especializada [...]. P5

[...] então tem que se capacitar e especializar porque a neonatologia é outro mundo. P6

[...] os profissionais são bem capacitados, envolvidos [...]. P7

Eu vejo essa assistência totalmente complexa, necessidade de buscar conhecimento para conseguirmos uma assistência adequada para cada criança. P9

[...] é um cuidado que está sempre estimulando você a se atualizar, a se aprimorar constantemente, é isso é muito bom. P11

Eu acho que o cuidado nessa instituição está muito ligado ao aprendizado, não só o ensino, a gente tem o interno, residente, estagiário então o aprendizado não só deles, mais como um todo [...]. P14

[...] que requer aperfeiçoamento teórico-prático contínuo. P15

[...] A atualização é uma coisa importante fazer, infelizmente isso aqui ainda não tem um padrão de rotina, da gente se atualizar, nós estamos em um hospital universitário, tinha que ter um programa de atualização. P16

[...] prestamos bastante atenção e colocamos em prática o que aprendemos nos cursos de capacitação. P56

[...] preciso adquirir mais conhecimento, ter uma informação acadêmica mais recente [...]. P20

[...] Busco recursos para melhorar a assistência, faço cursos a distancia, sempre pensando em melhorar a qualidade da assistência. P21

É um cuidado que você tem que estar sempre se atualizando, sempre conferindo se é a forma mais prática e cuidadosa de ser prestado. P40

[...] deveria ter cursos de capacitação, se não corremos atrás, não é oferecido pela instituição cursos de aperfeiçoamento. P41

[...] agora elas estão trazendo coisas novas, você está vendo, quase todo dia aqui você vê um papel de treinamento para os profissionais. P42

Melhorando na parte da equipe, antes não tinha tanto treinamento, agora estamos tendo, eu principalmente estava precisando [...]. P43

Eu vejo que pra trabalhar dentro de uma UTIN em específico tem que ter muita sensibilidade, gostar, estar sempre se reciclando, é necessário. P45

[...] precisamos nos atualizar cada vez mais, aprimorar mais os cuidados dos profissionais. P22

[...] Eu sempre utilizo tudo que aprendi de mais atual. P24

[...] tem havido ultimamente uma maior quantidade de treinamento. P48

Acho que ainda tenho muito a aprender profissionalmente, tecnicamente falando, busco sempre me aprimorar da melhor forma possível, com novos conhecimentos, e na neonatal isso é importantíssimo. P25

[...] aqui tem treinamento em serviço, tem educação permanente presente, isso tudo. P26

[...] capacitação da equipe, treinamento, a gente tem com certa frequência, aqui particularmente incentiva bastante a estudar, se atualizar. P8

[...] acho que ainda falta maior treinamento da equipe, para que a própria equipe se responsabilize por esse cuidado. P29

Eu tenho sonho de fazer a faculdade, de adquirir conhecimentos, aperfeiçoar, para melhor cuidar. P50

[...] pode melhorar muita coisa, no sentido técnico de termos reciclagem, de sermos mais informados das coisas novas que acontecem. P51

[...] precisa de educação permanente, de modo a melhorar a qualidade da assistência [...].
P30

[...] as coisas poderiam melhorar se as rotinas fossem bem esclarecidas, se houvesse treinamento, conhecimentos novos. [...] P58

[...] o profissional tem que estar sempre estudando, se aprimorando, há essa necessidade.
P52

5.3 ENTENDIMENTO MEDIANO E VAGO

O entendimento mediano e vago emerge da compreensão dos significados revelados pelos depoentes, em relação àquilo que encontrava obscuro, como estruturas essenciais foram apreendidas e organizadas em unidades de significação (US). Essa análise encontra-se ainda na instância dos fatos, em entendimento provisório, com os sentidos ainda velados.

Esse movimento analítico apresenta os conteúdos significativos de todos os participantes que compuseram as Unidades de Significação e os caput da unidade. Na busca de entendimento-do-ser, não sabemos o que o “ser” significa; porém já “nos mantemos em um entendimento do ‘é’, embora não possamos” conceituar esse ‘é’. (HEIDEGGER, 2012, p.41)

Imersa na tentativa de compreender o significado das manifestações dos participantes, li diversas vezes a transcrição; bem como ouvi sucessivas vezes as gravações. Minha memória revivia cada encontro, levando-me em direção ao entendimento-do-ser ainda obscuro. “um entendimento do ser já está incluído cada vez em tudo o que se apreende no ente” (HEIDEGGER, 2012, p. 35).

O caminhar no sentido da interpretação ontológica do *Dasein* ocorre a partir da existencialidade, devendo assim ser interpretado conforme o modo pelo qual o ente se mostra de pronto e, no mais das vezes, em sua cotidianidade mediana. No cotidiano, o *Dasein* se demonstra em paralelo com o mundo circundante, compreendendo o significado de projetar-se em cada possibilidade de ser-no-mundo, de existir (HEIDEGGER, 2012).

Movemo-nos sempre em um entendimento-do-ser. Ao ser-com o profissional de enfermagem da UTIN em sua cotidianidade e evidenciar os significados essenciais do cuidado neonatal compreendi que o significado é referido como determinado por uma especificidade dirigida principalmente ao recém-nascido prematuro. Nessa linha de pensamento, dirige-se aos que demandam assistência especializada, os bebês são definidos como seres frágeis,

dependentes, que não se comunicam verbalmente, têm a fisiologia e anatomia diferente do indivíduo adulto.

Os entrevistados reforçaram ser este cuidado um trabalho essencial, de preservação da vida mesmo, adjetivando-o como muito especializado, organizado, sistematizado, complexo, minucioso, criterioso, qualificado, fascinante e humanizado.

Acrescentaram que, para exercer o cuidado neonatal, é preciso que os indivíduos se empenhem, detenham habilidade, capacidade de percepção, observação e atenção aguçadas e afinidade para cuidar de crianças, além de familiaridade com as ocorrências do dia-a-dia. É imprescindível um olhar sensível, para avaliar não apenas os alarmes e funcionamento de aparelhos, mas principalmente as manifestações do bebê.

A complexidade do cuidado neonatal foi verbalizada em depoimentos relativos ao perfil da clientela, aliada às diferentes técnicas realizadas no cotidiano assistencial, bem como ao trabalho de humanização da assistência.

Eles referiram igualmente que o cuidado neonatal se estende à mãe e à família, requer interação e integração dos profissionais e familiares, de maneira a possibilitar um cuidado humanizado, coerente com as boas práticas em neonatologia.

Sobre o cotidiano na UTIN, destacaram que se sentem realizados, gratificados, felizes ao realizar o cuidado neonatal, embora assinalem ser o trabalho cansativo, intenso, causador de forte pressão, pela perspectiva de luta entre a vida e a morte e outras dificuldades características do cotidiano. Nesse contexto, disseram que, por vezes, vivenciam um misto de sensações, como incapacidade, insatisfação e falta de autonomia.

Ainda assim, referiram ser gratificante, satisfatório e prazeroso, principalmente quando presenciam o bebê saindo de alta. Compreenderam-se como parte dos resultados pelo cuidado realizado na luta contra o risco de morte. Em eventual ocorrência, percebem-na como fim de seus cuidados e não como fracasso.

Os profissionais de enfermagem significam o cuidado neonatal como em processo de mudança, que se evidencia por diversas exigências e inovações. Na atualidade, sentem-se tranquilos e seguros no exercício das atividades assistenciais, pois a prática é mais bem fundamentada cientificamente e requer profissionais devidamente preparados para o cuidado.

Mencionaram interesse em buscar conhecimentos para o exercício de uma prática de enfermagem segura e baseada em princípios científicos. Nesse aspecto, vincularam a importância da atualização constante, da troca de informações entre equipes, da formação e capacitação profissional permanente.

O cuidado neonatal foi mencionado como trabalho em equipe que conta com a participação de fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, neonatologistas, pediatras, enfermeiros, que, diariamente realizam condutas e fazem acompanhamento sistemático. Além desses, convivem com médicos de outras especialidades, que avaliam e emitem pareceres, de acordo com as solicitações requeridas de necessidades de saúde do RN.

Acrescentaram que, na atualidade, os enfermeiros atuam mais próximos à criança e não somente na supervisão e tarefas burocráticas, como ocorria anteriormente nessas unidades. Identificaram a enfermagem como a categoria profissional que está ao lado do cliente nas 24 horas do dia, sendo reconhecida no cuidado neonatal como elo, ponte e disseminadora de ideias para a equipe e para a família.

A diversidade de categorias profissionais presente cotidianamente nas UTIN foi referida como possibilidade de integrar os conhecimentos e favorecer um cuidado mais abrangente. Porém, apontaram que o cuidado ainda é mais multiprofissional que multidisciplinar; fragmentado, necessitando de maior interação e integração entre as categorias, tendo em vista obter segurança para cuidar da criança em sua totalidade.

Quanto ao cenário e à infraestrutura de unidade pública, algumas pontuaram deficiências, ao mesmo tempo em que outras sublinharam a importância das adequadas condições de trabalho, referindo-se à estrutura física e aos elementos essenciais à prestação de uma assistência adequada às especificidades neonatais, tais como: medicações, materiais, equipamentos novos ou manutenção e adequação dos existentes.

Também abordaram a disponibilidade de recursos humanos na unidade, com referência ao déficit, ou ao pertinente quantitativo de pessoal de enfermagem para a composição das escalas de serviço, de modo a atender à regulamentação vigente. Também foi destacada a presença de maior quantitativo de enfermeiros, o que possibilita assistência à beira do leito e, na maioria das vezes, a participação ativa na condução das atividades de cuidado.

Ainda quanto a esse aspecto, trouxeram à tona implicações relacionadas à presença ou ausência de outras categorias profissionais no serviço noturno, referindo possibilidades de cuidados, quando da disponibilidade de uma equipe multidisciplinar que atenda às demandas emergentes, durante todos os horários do plantão. Também fizeram observações favoráveis e desfavoráveis quanto à infraestrutura organizacional da unidade, com referência à autonomia, acesso às chefias, valorização profissional, implementação de rotinas e protocolos e de educação continuada.

5.4 FIO CONDUTOR

Na instância dos fatos, o entendimento-do-ser pode apresentar-se flutuante e oscilante, obscurecido ou com empecilhos ao entendimento claro do sentido-do-ser. A elaboração do fio-condutor com o conceito de ser caracteriza a ponte ôntico-ontológico para o desvelamento. “A interpretação do mediano entendimento-do-ser só obtém o seu necessário fio-condutor, uma vez que se tenha desenvolvido o conceito de ser” (HEIDEGGER, 2012. p.43).

A partir dos significados essenciais, organizados nas unidades de significação que constituíram os caputs, revelou-se **o cuidado neonatal para os profissionais da equipe de enfermagem da UTIN.**

1ª US - É sistematizado, especializado, específico, criterioso, rigoroso, organizado, minucioso, humanista, fascinante, técnico, essencial, em evolução, vinculado ao ensino constante, à atualização e extensivo à família.

2ª US - É uma prática assistencial gratificante, recompensante e prazerosa, desenvolvida com carinho e amor, atualmente mais fundamentada e com protocolos, exige muita atenção, pois depende de cada um e de todos.

3ª US - É um trabalho em equipe, mais multiprofissional que multidisciplinar e, por vezes, fragmentado, requer mesclar conhecimentos para ver o recém-nascido como um todo.

4ª US - É um lidar com a vida e com a morte, que mexe com o emocional, gerando estresse, desgaste e cansaço. Esse cuidado, quando desenvolvido em unidade pública é considerado pelas condições de infraestrutura.

5ª US.- Exige competência, conhecimento científico, aperfeiçoamento teórico-prático e cursos de capacitação.

Busquei apreender o movimento das significações expressas nas unidades, tendo em mente evidenciar o conceito do cuidado neonatal para os profissionais da UTIN. Nessa etapa, não tratei mais da sequência apresentada, pois considerei a compreensão da essência, um mostrar-se *a priori*. É clarificando o conceito e os modos-de, que se poderá esclarecer o sentido do ser (HEIDEGGER, 2012).

Para os profissionais da equipe de enfermagem da UTIN, o cuidado neonatal é sistematizado, especializado, específico, criterioso, rigoroso, organizado, essencial, minucioso, humanista, fascinante, técnico, em evolução, vinculado ao ensino constante, à atualização e extensivo à família. É uma prática assistencial gratificante, recompensante e prazerosa, desenvolvida com carinho e amor, atualmente mais fundamentada e com protocolos. Exige muita atenção, depende de cada um e de todos. Embora seja um trabalho em equipe, ainda é mais multiprofissional que multidisciplinar e, por vezes, fragmentado. Requer mesclar conhecimentos para ver o recém-nascido como um todo. Exige competência, conhecimento científico, aperfeiçoamento teórico-prático e cursos de capacitação. É um lidar com a vida e com a morte que mexe com o emocional, gerando estresse, desgaste e cansaço. Quando desenvolvido em unidade pública é considerado pelas condições de infraestrutura.

Ao entender o caminho para a interpretação, movida a elucidar o sentido-do-cuidado-neonatal, busquei no movimento, ainda indeterminado, mas já disponível, captar o obscurecido e não elucidado, de modo a torná-lo transparente (HEIDEGGER, 2012).

O conceito de ser explicita que:

Para os profissionais da equipe de enfermagem da UTIN, o cuidado neonatal é sistematizado, especializado, específico, criterioso, rigoroso, organizado, essencial, minucioso, humanista, fascinante, técnico, em evolução, vinculado ao ensino constante, à atualização e extensivo à família. É um lidar com a vida e com a morte que mexe com o emocional, gerando estresse, desgaste e cansaço. Embora seja um trabalho em equipe, ainda é mais multiprofissional que multidisciplinar e por vezes fragmentado. É uma prática assistencial gratificante, recompensante e prazerosa, desenvolvida com carinho e amor, atualmente mais fundamentada e com protocolos. Exige atenção, depende de cada um e de todos. Requer mesclar conhecimentos para ver o recém-nascido como um todo. Exige competência, conhecimento científico, aperfeiçoamento teórico-prático e cursos de capacitação. Esse cuidado quando desenvolvido em unidade pública é considerado pelas condições de infraestrutura.

Nesse entendimento, o fio condutor para a hermenêutica evidenciou o movimento do *ser-do-Dasein* como *preocupação*, o que implica dizer que o homem, enquanto *Ser*, em sua existencialidade, é ontologicamente *ser-de-cuidado*, que, movido pelo cuidado em seus *modo-de-ser*, pode apresentar-se tanto como ser-junto ao ente utilizável quanto como *ser-do-Dasein-com-os-outros* no *interior-do-mundo*, no projetar-se de sua cotidianidade.

6. INTERPRETAÇÃO

6.1 Interpretação à luz da fenomenologia heideggeriana

A interpretação, segundo momento metódico heideggeriano, consiste no desvelamento na instância ontológica do sentido-do-ser. O direcionamento do entendimento mediano e vago a uma interpretação dos sentidos deu-se mediante um projetar-se e desenvolver-se do entender. Na interpretação, o “como” consiste em forma que constitui uma estrutura do ser-expresso em um entendido, o qual permite elaborar possibilidades. “Na interpretação, o entender, entendendo, apropria-se do seu entendimento” (HEIDEGGER, 2012p. 423).

Heidegger, ao buscar o sentido do ser no ente pelo qual nós somos nós mesmos, entende o homem designado como *Dasein* em sua dimensão existencial. Busca entendê-lo em sua temporalidade como ser dejectado (lançado), que se projeta a infinitas possibilidades. “O ser que, para esse ente, *está em jogo* em seu ser é, cada vez, o meu”. O *Dasein* não tem a possibilidade como uma propriedade simplesmente dada, essa possibilidade é sempre sua em sua existencialidade (HEIDEGGER, 2012, p. 141).

A partir do entendimento mediano e vago dos profissionais de enfermagem da UTIN, constituído pelos significados atribuídos ao cuidado neonatal, busquei elucidar sentidos velados, entendendo que o fenômeno não se esgota em si, apenas algumas facetas são clarificadas e desveladas.

É no entendimento do profissional que, *a priori*, o cuidado neonatal se manifesta e se presentifica em seus modo-de-ser. Então, a partir do *ser-aí* profissional de enfermagem da UTIN, o cuidado neonatal mostrou-se como fenômeno relacional.

A partir do conceito de *instrumento*¹⁵ postulado por Heidegger, compreendi que o profissional significou o cuidado como instrumento que se presta ao projeto de mundo constituído pelo ser-aí profissional de enfermagem em sua cotidianidade na UTIN e integra um campo de valores próprio do *Dasein*, entrelaçado com a sua própria pre-compreensão do mundo (HEIDEGGER, 2012).

¹⁵ Denominamos instrumento o ente que-vem-de-encontro no ocupar-se.

Assim concebido, o cuidado neonatal como instrumento, é tomado como ente, como coisa que manifesta o ser do cuidado no mundo da UTIN, apresentando-se delimitado pela *posição prévia* dos manuais, protocolos e rotinas, mas que, por outro, lado mobiliza suas bases na temporalidade do *Dasein* em seu projeto de ser-no-mundo, de estar- lançado, de ser *ser-de-cuidado* (HEIDEGGER2012).

No contexto do cuidado neonatal, considerado como muito específico pela complexidade da clientela assistida, o cotidiano é delineado por uma rotina quase sempre muito determinada, em que os profissionais atendem a demandas específicas e, na maioria das vezes, obedecem a uma escala hierárquica de funções e atividades. A cotidianidade do *ser-aí* se caracteriza geralmente pela ocupação e nela o *ser-aí* ocupa-se das coisas, daquilo que tem que ser feito. O ente que vem ao encontro na ocupação (instrumento) é reconhecido pela sua *utilizabilidade*, não se considera o *ver-ao-redor* (circunvisão); isto é, a totalidade da obra a ser construída mediante o uso dos entes intramundanos (HEIDEGGER, 2012).

Na UTIN, o *ser-aí* profissional de enfermagem significou o cuidado considerando, de imediato, os equipamentos e materiais utilizados em determinados procedimentos técnicos junto ao RN. Na cotidianidade, o *Dasein* se encontra quase sempre absorvido em determinadas tarefas, em detrimento de outras, num movimento de aproximação e de distanciamento daquilo que tem que ser feito, sempre buscando um direcionamento. Nesse passo, a espacialidade do *Dasein* é determinada pelos caracteres constitutivos do ser-em de *des-afastamento* e direcionamento. Significa que aproximação, distanciamento (*des-afastamento*) e direcionamento conferem a espacialidade ao *Dasein* de ser descoberto na ocupação através do *ver-ao-redor* (HEIDEGGER, 2012, p.307).

Sendo-no-mundo, move-se, principalmente, no modo da cotidianidade, aonde todos os entes lhe vêm ao encontro de forma imediata. Desse modo, entende, a princípio, somente o fátual, afastando-se da compreensão do fenômeno originário. “O entendimento, quer o ‘teórico’ como o ‘prático’, só se ocupa do ente que pode ser abrangido pelo ver-ao-redor”. No dia-a-dia assistencial, o *ser-aí* profissional de enfermagem significou o cuidado neonatal de imediato, referindo-se ao instrumento que se encontrava-se à mão imediatamente – o cenário da UTIN em sua principal aparência, assim reforçou a especificidade da unidade pelo

uso da técnica¹⁶, da gravidade das condições de vida do bebê internado e pela complexidade que conjuga o cuidar nesse ambiente (HEIDEGGER 2012, p. 859).

Heidegger refere que, o trato com instrumentos se subordina a uma *multiplicidade-de-remissão* do *para algo*, essa visão é o *ver-ao-redor*. O cuidado neonatal quanto aos procedimentos foi significado, por vezes, levando em conta uma visão ampliada, em que o comportamento prático não era desprovido do conhecimento teórico, sendo considerada a importância de se ver e pensar o cuidado neonatal de maneira abrangente, caracterizado como cuidado não exclusivo ao bebê ali internado, pois alcança também a família, buscando promover a integração no cuidar.

O ser-aí profissional de enfermagem, ao significar o cuidado neonatal, compreendeu-se como ser de cuidado; reconheceu-se como importante na prestação do cuidado ao recém-nascido e à família. Nessa concepção, valorou a vida em relação às situações de gravidades dos bebês internados e à determinação na luta contra a morte. “o *Dasein* encontra de imediato a “si mesmo” *no* que faz, naquilo que necessita, no que espera e evita” (HEIDEGGER, 2012, p. 345).

Ao se reconhecer como ser que cuida, significou que se sente gratificado, realizado e feliz, por estar ajudando na sobrevivência do outro/de uma vida, colocando em prática aquilo que aprendeu para embasar suas ações no cuidado com o RN. “O mundo do *Dasein* é um *mundo-com*”, quer dizer o homem que sendo-no-mundo se relaciona com outro *ser-aí*, o outro sendo-no-mundo.

O cuidado neonatal mostrou-se como fenômeno relacional que permeia o modo de ser do profissional de enfermagem, ao *ser-aí-com* o RN, com a família e com outros profissionais, que compõem a equipe neonatal. “Os outros são encontrados emergindo do mundo no qual o ser-aí habita referindo-se a ele através do cuidar” (HEIDEGGER, 1981, p.35). Ao ter como possibilidade o encontrar o outro, o *ser-aí-com* foi entendido no fenômeno da *solicitude*, no qual seu modo/estado de ser apresenta-se como preocupação-com.

No cotidiano da UTIN, o *ser-aí-com* orientou sua preocupação-com-o-RN, pela paciência, modo-de-ser na *solicitude*, considerando que, ao realizar os procedimentos *junto-ao*

¹⁶ O termo técnica aqui, tem o sentido do entendimento heideggeriano de determinação instrumental (HEIDEGGER 2012b).

o faz com zelo, dedicação e carinho, evitando causar iatrogenias, ao mesmo tempo em que reconhece a necessidade de ter atenção, sensibilidade e intensa observação, no intuito de que o RN sobreviva sem sequelas e possa ter um desenvolvimento normal. Compreendendo que o incentivo à relação mãe-filho-família possibilita um vir-a-ser, tanto do RN, quanto do ser-com-ele, de interação e de singularidade. “... o ser-aí deixa o “ente-envolvente” ser descoberto a partir de seu envolvimento” (HEIDEGGER, 1981, p.43).

Quando o *ser-aí* profissional de enfermagem se preocupa-com a mãe e família de modo autêntico, antecipando-se a ela, ele demonstra uma solicitude que possibilita a mãe/família ser-em-si-mesma, desperta um olhar para ver o outro na essência do seu *ser-aí*. Heidegger (1981, p.44) refere que:

“o cuidar solícito é compreendido ao nível daquilo que estamos cuidando-com, e juntamente com nossa compreensão dele. Assim, o outro é de imediato, desvelado na solicitude cuidadora”.

O cuidado neonatal foi significado na perspectiva da equipe multiprofissional, em um cotidiano de ambiguidade em que de *pronto e no mais das vezes* apresenta-se fragmentado, o que não caracteriza uma equipe multidisciplinar. Se, por um lado, dispõe-se dos profissionais necessários ao cuidado integralizador e humanizado, por outro, significaram que os membros das diferentes categorias, por vezes, não compartilham da missão de olhar o bebê como um todo ao ser-aí-com o RN.

Quando as ações assistenciais são executadas por diferentes profissionais individualmente, ocorre excesso de manipulação, que pode configurar deficiente solicitude para com o RN, bem como para com os demais profissionais que são-com-o-RN, desse modo não é observado o cuidado na singularidade de cada ser-aí. “... em tomar conta dele e por ele, é um vasto âmbito determinativo de ser-com-os-outros e, em geral, pertence ao nosso cuidar dos ‘entes-envolventes’” (HEIDEGGER, 1981, p.41).

“O *Dasein* é um ente que, entendendo-se em seu ser, comporta-se em relação a esse ser”. Em sua abertura, o *ser-aí* profissional da UTIN entendeu que, para exercer o cuidado neonatal, era preciso ter qualificação e manter constante atualização, o que expressa sua responsabilidade no fazer profissional, buscando promover um cuidado seguro e embasado em conhecimentos científicos (HEIDEGGER, 2012, p. 169).

Assim, verbalizou ações realizadas em prol da promoção do cuidado neonatal, como também apontou a necessidade de investimentos em recursos humanos e materiais para a

melhoria do cuidado nessa área. “Quando o *ser-aí* está em relação com o “lá” de algum “ente-envolvente” cuidando deste, é a si mesmo que se tem em vista em seu existencial espacializar” (HEIDEGGER, 1981, p.37).

Por ser o *Dasein* essencialmente possibilidade, ele tem a propriedade de ser ou não ser, evidenciando, segundo Heidegger (2012, p.141), *modo-de-ser* da *propriedade* e da *impropriedade*. “O *Dasein* se determina cada vez como ente a partir de uma possibilidade que ele *é* e que, ao mesmo tempo e de alguma maneira, ele entende em seu ser”. O *ser-aí* profissional ao estar lançado no mundo da UTIN entende como sua possibilidade o aprimoramento profissional, o qual poderá melhorar a integração entre as equipes e a família do neonato, bem como dar segurança para cuidar.

Ser-no-mundo da UTIN requer entendimento inerente à especificidade da clientela, trata-se de uma área do cuidado em saúde em franco desenvolvimento. O investimento em pesquisas busca elucidar cada vez mais os pormenores ainda ininteligíveis à compreensão humana. Por assim ser, exige constante atualização com vista às demandas emergentes.

No ambiente de assistência neonatal, a política de humanização tem sido amplamente debatida como eixo norteador da prática na cotidianidade assistencial, em que haja a valorização dos seres envolvidos em sua singularidade. Ao ser-no-mundo da UTIN, o profissional significou o cuidado neonatal através de referências às ações baseadas na humanização da assistência, sem, no entanto aprofundar o conhecimento, mencionando o modo do “a-gente” sabe, faz e participa. Heidegger (1981) não atribui conotações valorativas ao “a gente”, no sentido de desprezar esse jeito de viver; no entanto, sinaliza que é um modo de ser do *ser-aí* dissolvido e diluído na massificação e mediocridade, absorvido no coletivismo, tornando-se uma peça, um objeto manipulável, que priva o *ser-aí* de sua própria responsabilidade.

Há um ocupar-se daquilo que foi dito, considerando que “a publicidade de a-gente reprime toda a não-familiaridade”. O *ser-aí* profissional, embora tenha sido abordado diretamente, responde ao questionador de acordo com o que Heidegger considera acomodarse em-meio-aos-outros, um modo de ser da inautenticidade e da incapacidade de ser por si mesmo, caracterizando o impessoal. Com frequência, vivenciamos no cotidiano da UTIN relações distantes e impessoais, com discursos prontos, baseados em normas e rotinas que se aplicam especialmente a um modo de fazer determinado e não às necessidades existenciais dos indivíduos (HEIDEGGER, 2012, p.537).

O falatório – discurso em palavras é a possibilidade de tudo entender, sem a prévia apropriação da coisa, ocorre quando o que foi expresso contém em si um ser-do-interpretado do entendimento do *ser-aí*, em uma medianidade. Não ocorre apropriação originária pelo *ser-aí*, repete-se o ouvido ou lido por cima (HEIDEGGER, 2012).

O ser-no-mundo, constituído pelo existencial do ser-com, percebe o mundo compartilhado com os outros. O ser-em é ser-com os outros, o que caracteriza o *Dasein* como co-presença. O *ser-aí* profissional de enfermagem compreendeu-se como ser de cuidado. Em sua relação como ser-aí-com, entende que o cuidado na UTIN vai além do tecnicismo e do conhecimento científico apropriado e aplicado no dia-a-dia. Eles expressaram tratar-se de um cuidado que requer compartilhamento do mundo-vida, em que o vivido se estabelece em tempo e espaço existencial, permeado por valores culturais e experiências individuais ou coletivas. Com esse entendimento, conjuga sentimentos diversos, por vezes, contraditórios.

Heidegger (2012 p.411) define que “O entender é o ser existenciário do poder-ser próprio do *Dasein* ele mesmo e isto de tal maneira que este ser abre em si mesmo o que lhe toca”. Cuidado representa atitude mútua; modo de ser-no-mundo, exigindo a ocupação da vida humana consigo mesma e com o outro, numa dimensão de temporalidade.

Na ambiguidade, “tudo se afigura autenticamente entendido, apreendido, expresso e, no fundo, não o é, ou então, não parece e, no fundo, é”. Essa ambiguidade pode estender-se não apenas ao mundo, pois alcança o ser-com-o-outro e ao *Dasein* consigo mesmo (Op. Cit. 2012, p. 487).

Amor, carinho, zelo, expectativas, dedicação e gratidão são sentimentos relacionados ao sucesso dos resultados alcançados; porém, ao mesmo tempo, existe no envolver cotidiano do *ser-aí* profissional um misto de sentimentos estressantes, desestimulantes e de desgaste físico e emocional, ao enfrentar situações de sua existencialidade.

Na análise heideggeriana, o *ser-aí*, na maioria dos casos, compreende-se a partir das ocupações que realiza. Na cotidianidade, quando nos relacionamos com os entes que vem-ao-encontro no-interior-do-mundo, estamos no modo de cuidado referido como ocupação, em que se ocupa com o utilizável, “no modo-de-ser desse utilizável, (...) reside uma remissão essencial a possíveis usuários para cujos corpos utilizáveis deve ser ‘feitos sob medida’” (HEIDEGGER, 2012, p 341).

O significado do cuidado neonatal trouxe em seu núcleo especificações próprias para a assistência ao RN na UTIN, em que são imprescindíveis diversos materiais e equipamentos,

como por exemplo: sondas, cateteres venosos, adesivos, sensores, manguitos, dentre outros, para atender às demandas de saúde dos bebês em sua singularidade. O *estar* absorvido pela ocupação é o fato comum da cotidianidade, que confere ênfase ao cuidado, para preservar da melhor forma sua qualidade de vida, o que implica modo de solicitude (HEIDEGGER, 1981).

No mundo cotidiano neonatal o cuidado se desenvolve no modo da inautenticidade, pela ocupação e pela solicitude, envolvemo-nos uns aos outros. De forma que devemos entendê-lo em sua circularidade, em cada ser-aí -com-o-outro e com as coisas. Esse *sendo* compõe a cotidianidade, de se estar lançado no tempo, em ser cuidado, em ser tempo.

O cuidado neonatal, a partir dos membros da equipe de enfermagem das UTIN dos hospitais universitários investigados, mostrou-se como fenômeno relacional, de *solicitude* e de *temporalidade*, significada pela *paciência*, por diversos sentimentos e compromissos que projetam o futuro.

6.2 Um diálogo à luz da tradição

Nos ensinamentos de Heidegger (já mencionados), para desenvolver o questionamento do sentido do ser é necessário que o investigador considere um movimento de investigação, que requer direção prévia, orientado pelo significado que se pretende compreender.

O que se busca não é de todo desconhecido, pois já foi em parte foi entendido pelo investigador; essa interpretação se baseia em um *ter prévio* ou *posição prévia*, cujo respaldo repousa na tradição científica, ao que já está posto, determinado por procedimentos de pesquisa e diferentes caminhos de estudos. A apropriação desse entendimento é conduzida sob um ponto de vista, fundado num *ver-prévio* ou *visão prévia* a qual recorta do *ter-prévio* sua interpretação (HEIDEGGER, 2012, P.425).

Ao desenvolver essa etapa analítica do estudo, tive como intenção construir uma aproximação entre o significado do fenômeno *cuidado*, revelado a partir dos profissionais das UTIN e a determinação científica de cuidado, estabelecida como necessária no cenário neonatal. Essa determinação se caracteriza pelo que a ciência já definiu no processo de desenvolvimento científico e tecnológico; então é factual.

Nessa linha de entendimento, o fenômeno cuidado neonatal foi significado como sistematizado, especializado, protocolar e extensivo à família, que exige competência e conhecimento científico dos profissionais da equipe de enfermagem, o que torna imprescindível constante atualização.

Com o objetivo de cuidar do RN da melhor forma possível, essas questões já estão postas no cuidado neonatal, mas ao serem compreendidas e entendidas pelo *ser-aí* no cotidiano da UTIN carregam modos-de-ser em sua intencionalidade e significância, revelando o que a ciência não dá conta em sua determinação, pois o fenômeno do mostrar-se do *ser* prevalece. Esse desvelar-se aparece, a partir do significado que o cuidado, envolve prática assistencial que depende de cada um e de todos, que mexe com o emocional, que é gratificante, recompensante, prazerosa e necessita mesclar conhecimento para ver o recém-nascido em sua totalidade. Tal possibilidade é de quem cuida e se expõe a cuidar do outro em sua especificidade.

No intuito de elucidar ao já determinado pela ciência, debruicei-me sobre o entendimento do *ter-prévio* e do *ver-prévio* dos profissionais da equipe de enfermagem da UTIN na esteira da tradição.

Na primeira Unidade de significação, os profissionais da equipe de enfermagem entenderam **o cuidado neonatal** como sistematizado, especializado, criterioso, rigoroso, organizado, minucioso, humanista, fascinante, técnico, essencial, em evolução, vinculado ao ensino constante, à atualização e extensivo à família.

Sob essa vertente de análise, no cotidiano assistencial, os profissionais referiram o convívio com situações diversas, atribuindo significado conforme o seu *ver-prévio*. Nessa passo, é compreensível que, ao significar o cuidado neonatal na unidade em que trabalha, qualifica como sistematizado, levando em conta a rigorosa sistematização da assistência de enfermagem, em coerência com a rotina de cuidados. Esses aspectos ficam claros nas manifestações a seguir:

O cuidado dentro de uma unidade neonatal é sistematizado, hoje o cuidado é mais humanizado, nós aprendemos a lidar mais com a família. P1

O cuidado é bem rigoroso, sistematizado [...], o quantitativo de pessoal é fundamental para a atenção que damos, é uma atenção exclusiva com mais dedicação. P34

Cuidado neonatal é muito especializado, sistematizado, é vinculado ao ensino constante, à atualização, a muitos cursos, a presença de residência. Cuidado neonatal na unidade é excelente, não fica devendo nada a uma instituição privada. P11

É um cuidado sistematizado, muito minucioso e a com demanda muito grande, então temos que estar atentos em todos e qualquer cuidado, para dar qualidade de vida futura para essa criança. P19

É um cuidado sistematizado, que é exercido focando a humanização, respeitando e valorizando o binômio mãe-bebê. P28

O conceito de sistematização é complexo e se caracteriza pela organização de dados, práticas e conceitos, que resultem em reflexão, interpretação e reelaboração do pensamento sobre determinada realidade. A compreensão do sentido da experiência terá como retorno nova forma de interpretar, agir e sentir não apenas a experiência, mas a si mesmos e à sociedade (SOUZA, 1997).

No âmbito da enfermagem, a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) envolve uma metodologia de organização, planejamento e execução de ações sistematizadas, com vista a atender às necessidades de saúde do cliente (COFEN, 2009).

A organização e o planejamento das ações de enfermagem têm, no cenário internacional, registros a partir das décadas de 1920 e 1930, embora tenha ocorrido com ênfase nos anos 1970 e 1980, quando passou a ser utilizada por alguns serviços, buscando-se um método científico que embasasse o cuidado de enfermagem.

No Brasil, foi determinante nesse período, a ação profissional sustentada na Teoria de Enfermagem das Necessidades Humanas Básicas (NHB), de Wanda de Aguiar Horta¹⁷ (LUCENA, BARREIRA, 2011).

A aplicação da SAE ocorre por meio do Processo de Enfermagem (PE), que compreende cinco etapas inter-relacionadas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, de maneira organizada e sistemática. O processo se orienta para possibilitar ao profissional identificar, descrever, compreender os planos de cuidado e traçar intervenções de enfermagem, proporcionando a melhoria da qualidade assistencial, a satisfação e desenvolvimento da enfermagem, na aplicação prática dos conhecimentos teóricos, tornando a assistência mais precisa, eficiente e fundamentada cientificamente (ALFARO-LEFEVRE, 2010; SANTOS *et. al.* 2014).

A metodologia abarca o processo a ser cotidianamente aplicado no cuidar em enfermagem. Além dos requisitos aí subjacentes, encontrei nas entrevistas outras referências imbricadas na organização e planejamento do cuidado, como exponho a seguir:

¹⁷ Teorista brasileira, autora da "Teoria de Enfermagem das Necessidades Humanas Básicas", derivada das concepções teóricas de Abraham Maslow e de João Mohana.

[...] o cuidado aqui é feito de uma forma organizada, sempre fazemos as coisas de acordo com as normas de infecção, de acordo com nossos POPs, nada que fira os princípios científicos, de acordo com cada criança e patologia. P4

O cuidado neonatal aqui tem as rotinas muito bem amarradas, o fluxo de trabalho é bem organizado, [...], você tem bons profissionais, até o material que a gente trabalha é de qualidade boa. P26

É um cuidado de forma a causar o menor número possível de iatrogênia. A organização da assistência é feita de modo planejado de modo a facilitar o trabalho do profissional, mas também respeitando os momentos da criança, as técnicas são realizadas de modo satisfatório, as pessoas tem um cuidado com o que está fazendo, tem carinho. P27

É um cuidado bem atencioso, em mudança. As pessoas se organizam para cuidar do recém-nascido da melhor forma. P52

Essas significações encontram respaldo nas seguintes observações de Moreira *et. al* (2012, p. 711), quando referem que “A utilização da SAE na UTIN é de fundamental importância, pois a assistência qualificada não deve se limitar a garantir a sobrevivência do prematuro, mas também planejar ações e implementá-las conforme as necessidades do Cuidado”.

Embora não seja a SAE o objeto desse estudo, observei, durante a etapa de campo da pesquisa, que os enfermeiros não desenvolvem o PE integralmente. Santos *et. al.* (2014) realizaram pesquisa com objetivo de verificar as principais dificuldades encontradas na implementação da SAE na prática assistencial do enfermeiro intensivista e concluíram que, no dia-a-dia a SAE, ainda é pouco utilizada. Os profissionais justificaram a parcial ou total não adesão pela falta de habilidade/conhecimento sobre como aplicar as etapas do PE, limitação de tempo por sobrecarga de trabalho, déficit de pessoal, dentre outros motivos. Porto *et. al.* (2013) encontraram resultados semelhantes em seu estudo.

Como expus, as UTIN apresentam características de um cuidado complexo, que requer constante emprego de tecnologias dura e leve-dura (gama tecnológica de equipamentos, instrumentos/material e procedimentos), o que encaminha a uma rotina permeada de incertezas, instabilidade e imediatismo, que podem causar estresse aos recém-natos ali internados, profissionais e familiares (SANTOS *et. al.* 2011; BRASIL, 2010).

Nas entrevistas, as profissionais deste estudo apontaram a complexidade inerente à unidade, relacionando-a a fragilidade do recém-nascido, pela sua prematuridade ou patologia

de base. Elas adjetivaram o cuidado e mencionaram características necessárias ao profissional ao cuidar nesse contexto, como se pode depreender a seguir:

O cuidado neonatal eu caracterizo como muito especializado, minucioso, peculiar, exige uma capacidade de percepção além do normal, porque você está cuidando de um ser humano que antes de qualquer coisa não tem capacidade verbal para manifestar seus sentimentos. Não é uma coisa mecanizada como aparentemente possa parecer. É um cuidado que reflete para o profissional uma complexidade muito maior do que se tem no cuidado com a pessoa adulta. P5

É um cuidado muito específico, é uma clientela muito diferenciada, em que a fisiologia e a anatomia que estudamos no geral não servem para o que você vê em Neo. O enfermeiro tem que dá assistência voltada para a questão da sobrevivência daquele bebê, mas também não pode perder o foco que existe uma família por trás, tem que compreender toda a questão envolvida. P6

Eu vejo como assistência totalmente complexa, um cuidado muito minucioso. P9

O cuidado na UTIN é muito complexo, tem a parte da humanização e a parte técnica mesmo, até pegar no prematuro exige técnica, não podemos pegar de qualquer jeito. P38

O cuidado é bastante específico, e por vezes com muita complexidade, é um cuidado bastante intensivo mesmo, o tempo todo do lado do bebezinho. P46

Eu acho que o cuidado neonatal é cuidar do bebê que está em situação de risco de vida e precisa de uma assistência intensiva porque o mínimo detalhe pode fazer a diferença, acho que o cuidado aqui é bem delicado. P49

Sem dúvidas, a complexidade do cuidado na UTIN requer dos profissionais, assistência fundamentada em metodologia que oportunize a tomada de prontas decisões apropriadas ao caso e baseadas em princípios científicos. Portanto, é compreensível que o conhecimento se destaque no significado atribuído ao cuidado, como um dos valores de grande importância para que o enfermeiro tenha segurança de estar agindo de maneira correta e adequada frente às demandas emergentes de cuidado. Além disso, o domínio de conhecimentos atualizados propicia condições de liderar a equipe de enfermagem e desempenhar a contento o acompanhamento e a capacitação dos demais membros (LIMA, KURCGANT, 2006; KLOCK, ERDMANN, 2012).

Ademais os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde trouxeram à baila um olhar voltado uma humanização do cuidado. Na área neonatal, reconfigura-se o desenvolvimento do cuidado, pautado em políticas públicas que valorizam as relações entre profissionais, cliente e familiares. A emergência de novo paradigma requer que se façam as “mesmas coisas” de um novo modo, compreendendo o porquê e o para que se deva ou não fazer essa ou aquela ação.

Nas entrevistas da equipe de enfermagem da UTIN, foi evidente o significado da humanização como um dos fundamentos do cuidado neonatal. É oportuno refletir sobre as seguintes manifestações:

É um cuidado que visa muito à qualidade, humanização constante, não só no cuidado direto ao bebê, mas também a família. Visa o mínimo de erros e de eventos adversos. P13

É um cuidado humanizado, embasado em conhecimento técnico-científico, de qualidade, [...] A equipe da neo é uma equipe diferenciada na sensibilidade. P21

Eu acho que é um cuidado do olhar para o ser humano, extensivo, humanizado, começa por sabermos que estamos com seres humanos muito fragilizados, muito pequeninhos que dependem de um cuidado total, assim podemos chegar com as técnicas. É humanização aliada às técnicas e interação multidisciplinar. Não é só cuidar, pois, eu acho que o cuidar é mais instituído, mais papel, rotina, é mais pesado, ter que cuidar é mais obrigação agora você ter cuidado soa mais em carinho, ter zelo para poder cuidar. P45

É um cuidado que exige muita doação, o gostar de fazer. É um cuidado importante porque essas crianças que nascem pequenas precisam da tecnologia e o trabalho humano é muito importante, mesmo não tendo muitas coisas que fariam a diferença, tipo – melhor tecnologia, mas se vê que a parte humana aqui faz a diferença. P50

A humanização da assistência fortalece a integralidade como base do cuidado, à medida que confere ênfase às singularidades dos indivíduos. É uma dimensão que permite compreender o outro como ser de possibilidade nos diferentes aspectos e condições. Por ser a UTIN um ambiente voltado ao imediatismo, em que predomina a vertente do biologicismo, o significado da humanização mostrou-se em desenvolvimento nas falas dos profissionais de enfermagem. Essas inferências encontram alicerce nos depoimentos a seguir:

O cuidado dentro de uma unidade neonatal é sistematizado, hoje o cuidado é mais humanizado, nós aprendemos a lidar mais com a família. P1

Eu acho que o cuidado neonatal está melhorando, antes a gente deixava eles sem humanizar. P44

O cuidado aqui não tem protocolo de mínimo manuseio, eu acho que é um cuidado pouco deficiente nessa parte humana, o pessoal daqui de uma forma global tem um conhecimento bom, uma boa prática, mas essa parte humanizada daqui é muito complicada, o cuidado de forma técnica não é ruim, a humana tem que melhorar. P47

[...] Acho que na UTIN ainda o cuidado está focado mais no bebê, acho que deveria estar focado no bebê e na família como um todo. P24

Eu acho que a gente tem um bom padrão de cuidado técnico, tendo em vista o sucesso da maioria dos quadros, mas algumas coisas relacionadas à humanização do cuidado precisam melhorar bastante. P32

Por ser processo amplo, demorado e complexo, que caminha na contramão do paradigma tradicional do cuidado, a humanização envolve mudanças de comportamento, requer aderir às experiências novas ou inovadoras, as quais, por vezes, despertam certa insegurança, exige avaliações e reavaliações das ações implementadas. Nesse movimento, o profissional apresentará modo singular de humanização; pois envolve suas possibilidades de compreender o outro em todas suas dimensões, de aliar e congregar os meios para atingir determinado objetivo (MARTINS *et. al.* 2011, MONGIOVI, *et. al.* 2014).

Barreto e Inoue (2013 p.70) em revisão, concluíram que a humanização da assistência ainda é “um longo passo a ser percorrido, pois envolve a individualidade de cada um que deve ser lapidada dia após dia, não se esquecendo da necessidade tecnológica”.

Apesar de os profissionais terem apresentado compreensão sobre a proposta de humanização como ação integrativa, no cotidiano de cuidado da UTIN, muitos procedimentos são realizados em conformidade com práticas mecanicistas, cuja execução requer imediatismo, o que dificulta o cuidado humanizado (MONGIOVI, *et. al.* 2014).

Todavia, cumpre ressaltar que, ao significar o cuidado neonatal, os profissionais referiram-no como conjunto de procedimentos que extrapolam os procedimentos técnicos, que envolve não somente o cuidar do corpo, exigindo visão da singularidade de cada ser. São ilustrativas desse significado as manifestações que a seguir:

É um cuidado especializado, bem específico, é um cuidado que se estende para a família, não é somente um cuidado técnico, mas, atualmente a gente tem um olhar de um todo. P2

O cuidado é integral, tem que ter um olhar aguçado, tem que estar atento aos monitores, tem que observar alarmes, realizar ajustes conforme a particularidade de cada criança, não apenas olhar os aparelhos. P3

O cuidado neonatal é integral, qualificado, preocupam-se com a necessidade de cada criança, pois as necessidades são diferentes. P7

É um cuidado muito específico que necessita ser olhado como um todo, quer dizer vai além dos procedimentos técnicos propriamente ditos, cuidado neonatal a gente lida com a mãe, com a família. P16

É um cuidado que vai além, envolve as famílias e a rede de apoio. Uma assistência de qualidade. P23

Nessa perspectiva, o significado da humanização incluiu o esforço para superar a fragmentação da assistência, conciliando tecnologias disponíveis às necessidades singulares de cada ente envolvido no cotidiano assistencial. Sá Neto e Rodrigues (2010, p.372) referem que “há de se repensar novas maneiras de cuidar, utilizando a arte, a sensibilidade e a criatividade na apropriação e humanização das tecnologias”.

Souza e Ferreira (2010) concluíram que a assistência humanizada tem diferentes sentidos para os profissionais de UTIN, como: cuidado integral, cuidado ampliado e promoção de conforto. Semelhantes resultados foram compartilhados por Reis *et.al.*(2013) em que a humanização foi expressa por meio de olhar diferente, para o todo, o que significa dizer que o cuidar vai além de procedimentos técnicos.

Na segunda unidade, o **cuidado neonatal** foi significado como prática assistencial gratificante, recompensante e prazerosa, desenvolvida com muita atenção, carinho e amor, atualmente bem mais fundamentada e com protocolos e depende de cada um e de todos. A esse respeito, são muito ilustrativas as manifestações destacadas a seguir:

Eu particularmente adoro cuidar de criança. É uma realização pessoal porque você sabe que é muito importante no que faz. Cada um como equipe, tem a sua importância, desde o pessoal da limpeza até o médico. Quando a gente entra na UTIN é que a gente vê como que a vida é valiosa, a gente só tem noção de como a vida é preciosa quando a gente fica lutando por uma coisinha tão pequena. P33

O cuidado tem vários aspectos, cuidar da criança, se envolver com a família, e eu me sinto realizada, adoro o que faço, é muito recompensante. P7

[...]. Eu gosto muito, é prazeroso você ver resultados e saber que fez parte daquele processo. P24

Eu me sinto bastante feliz, é muito gratificante quando você pega um bebê de 500g e ele sai daqui com 2 quilinho, isso não tem preço. P48

É um cuidado muito minucioso, que dá muito trabalho, mas é gratificante, vale cada momento. P54

Eu acho muito significativo meu trabalho, faço com muito amor e prazer. Sou auxiliar, faço banho, higiene, administração de medicamentos, orientação às mães e outras tarefas mais. P53

Eu me sinto realizada é um trabalho gratificante, procuro estar sempre atenta. Ver a criança ir de alta não tem preço. P58

Eu gosto muito do que faço, a maior gratificação é quando um bebê que você cuidou volta e você vê que ele está bem, é muito triste quando você perde um RN, ou quando sai de alta, mas não tão bem quanto se gostaria. Eu me sinto realizada apesar de perceber que muitas coisas ainda precisam mudar na unidade. P52

Ao tratar do cuidado neonatal, os entrevistados fizeram referência aos seguintes atributos: sua responsabilidade, gosta do que faz, cuida com amor e carinho, sente-se como parte importante e imprescindível do sucesso obtido, principalmente quando ocorre a alta do RN, o que o remete à sensação de prazer, felicidade e satisfação em forma de gratificação pessoal por seu trabalho e pelo reconhecimento da família e equipe.

Tratando do tema, Ayres (2004 p. 19) elucida que “a noção de felicidade remete a uma experiência vivida valorada positivamente, experiência esta que, frequentemente, independe de um estado de completo bem-estar [...]”.

Estudos de Santos *et.al.*(2008) e Sprandel e Vagheti (2012) apontam que um dos motivos de satisfação profissional é a afinidade com a especialidade em que se desenvolvem as atividades laborais. Assim representado o trabalho, atender as demandas cotidianas, ter bom relacionamento com a equipe e participar dos resultados positivos são pontos que favorecem sensações satisfatórias.

O sentimento de gratificação deriva da sensação de prazer que o profissional verbaliza, ao constatar o resultado de seu trabalho, o que possibilita reconhecimento e valorização individual e coletiva. Pontes (2014) apresentou cenas e depoimentos retratados do momento da alta hospitalar do bebê e do retorno para acompanhamento, quando os pais levam os filhos até a unidade para que a equipe os veja. Souza e Ferreira (2010 p. 475) referem que “A alta é a materialização do resultado de um trabalho que exigiu intenso esforço da equipe”.

O **cuidado neonatal** foi significado na terceira unidade como trabalho em equipe, mais multiprofissional que multidisciplinar e, por vezes, fragmentado. Com essa representação, emergiu das manifestações a proposta de que os conhecimentos sejam compartilhados de modo a ver a criança como um todo. As manifestações expostas em continuidade são expressivas acerca desse significado:

[...] a gente trabalha com muitos profissionais, várias equipes, médico, fisioterapeuta e outros, todos trabalhando em conjunto. Acho que depende do profissional como pessoa, como irá chegar às pessoas, e vice versa, têm que ter jogo de cintura, saber caminhar, caminhar junto, cada um com seu saber, todos eles em prol da criança. P3

Há uma integração entre as várias disciplinas, assim conseguimos ver a criança como todo. Um respeita o espaço do outro e contribui para avaliação e para um feedback para o outro também. P11

[...] a equipe multiprofissional se respeita, a gente consegue desenvolver um trabalho juntos. Eu sempre vivi a realidade de valorização, de participação em round, de questionar, de perguntar a minha opinião, de ser ouvida em relação ao paciente, acho um sonho para qualquer clínica, qualquer especialidade, você ter o peso de sua opinião, de sua avaliação para traçar a conduta do paciente. P15

Procuramos trabalhar sempre muito em harmonia, um depende do trabalho do outro, aqui eu acho muito bom à relação que a gente tem com a equipe médica, eles ouvem muito a enfermagem e isso diferencia de outros serviços. P16

Ninguém tem um contato mais direto com a criança que a enfermagem, porque até para o médico traçar os planos dele de cuidado, ele vai fazer isso baseado nas informações que eu e a equipe passamos e não somente no que ele examina.. P43

Como se percebe, fica claro o entendimento de que, no ambiente da UTIN é de suma importância gerar e manter o vínculo nas relações da equipe multiprofissional. Tal relacionamento amplia igualmente as possibilidades de boa interação com o cliente e seus familiares. Assim procedendo, contemplam-se as diretrizes da PNH, que atribui ênfase à formação de redes e vínculos multiprofissionais, visando à integralidade e valorização dos sujeitos (SILVA *et. al.* 2011; REIS *et.al.* 2013).

No trabalho em equipe, é fundamental a comunicação para integração dos saberes e para a troca de informações, visando à construção de projeto comum. Uma equipe multidisciplinar congrega objetivos comuns, sem que haja perda ou significativa mudança da base fundamental e da identidade de cada um dos membros e segmentos.

Duarte e Noro (2010 p.688) concluíram que os profissionais compreendem a importância do trabalho multidisciplinar para o cuidado humanizado; porém, identificaram subsistente dificuldade para efetivação desse modo de trabalhar em equipe. O estudo ressalta que “a integração de diferentes saberes só vem enriquecer o trabalho e proporcionar um cuidado mais completo e repleto de possibilidades”.

Reis *et.al.*(2013) acrescentam que o trabalho em equipe extrapola a mera soma de funções, para que se alcance um objetivo comum. Por outro ângulo, requer aliar competências, compreender divergências e estabelecer um processo relacional, integrador e crítico, capaz de remir os sentimentos verdadeiramente humanos.

O processo de trabalho na UTIN envolve indivíduos com necessidades de agir e sentir, que apresentam visões particulares do mundo. O cuidado a ser realizado está agregado a componentes técnicos e às interações estabelecidas no cotidiano assistencial. Assim caracterizado, por mais tranquilo e planejado que pareça ser, pode envolver certa carga de tensão (MARQUES, MELO, 2011).

Nas entrevistas, os participantes mencionaram dificuldades no cotidiano do cuidado neonatal quanto ao trabalho em equipe, como se pode inferir do transcrito a seguir:

[...] muitas vezes me vejo em conflito por decisões de outros profissionais, eu percebo que ainda há um distanciamento no sentido de ouvir-nos em alguma alteração que detectamos na criança, isso me incomoda, me sinto um pouco incapaz nesse sentido, percebo visões comportamentais ainda diferentes em uma mesma categoria profissional. Eu acho que antes de qualquer coisa é importante a troca de experiência, a humildade para aprender e para ensinar, aqui eu não vejo essa troca.
P5

Eu percebo que as pessoas não falam a mesma linguagem, isso é complicado, pois cada um dentro da sua área tenta desenvolver uma tecnologia de sua forma, só que a gente tem que entender que na verdade é um trabalho em equipe e não de cada profissional isolado. P6

[...] as enfermeiras, a equipe estão batalhando pra caramba, mas há desavença dos médicos dizer que sim e elas que não, acho que ainda deve melhorar a equipe de enfermagem junto com a equipe de pediatras, eu acho ainda um pouco de imposição dos médicos. P44

[...] existe uma fragmentação muito grande aqui, pois acaba não tendo um cuidado de uma equipe neonatal, existe o cuidado do enfermeiro, o cuidado do médico, é bem fragmentado, existe muita dificuldade de traçar uma conduta mesmo em equipe, precisava de um diálogo maior, de uma equipe unida, traçando uma mesma conduta. P11

À noite, a equipe multidisciplinar como um todo não atua, a nossa relação é com a equipe médica, eu vejo que a relação varia em cada plantão, tem plantão que compartilha, interage, trabalha junto, pelo bem estar do bebê, mas tem plantão que a gente não vê isso. P21

Aqui não há uma integração dos profissionais cada um faz a sua parte, a relação melhor é entre a equipe médica e de enfermagem. P57

Aqui ainda temos muito que melhorar; todos conhecerem e buscarem meios de cuidar de forma integralizada. Cada um faz do jeito que aprendeu, e, o melhor que seria para a criança hoje não acontece. Não tem como fazer um atendimento bem feito senão em equipe. P51

Houve apreciações divergentes no mesmo cenário quanto à participação e cooperação entre as diferentes categorias profissionais, levando a crer que as equipes ainda não desenvolvem o cuidado de modo multidisciplinar. Em decorrência, ocorre desgaste nas relações, há possibilidade de maior gasto de tempo, além de perda do foco principal que é o cuidado ao RN em sua integralidade. Por exemplo, expô-lo a múltiplos manuseios, não favorece seu conforto, critério de humanização do cuidado.

A falta de integração e articulação entre os profissionais no cotidiano de trabalho é um dos fatores determinante a conflitos. Marques e Melo (2011 p.379), ao analisarem o processo de trabalho de uma UTIN, evidenciaram que, muitas vezes “A organização tecnológica e do trabalho favorecem ações fragmentadas, impedindo que o trabalho em equipe se efetive como tal através do planejamento coletivo da assistência e discussão multidisciplinar”. Gaíva e Scochi (2004) e Duarte *et. al.* (2009) encontraram resultados semelhantes em seus estudos.

A enfermagem, como integrante da equipe multiprofissional, foi destacada como de primordial importância no desenvolvimento do cuidado neonatal, como indicam as manifestações transcritas a seguir:.

Em relação à enfermagem hoje os cuidados é bem dividido, hoje eu acho mais interessante, porque o enfermeiro passou a ter um papel mais especializado. P48

[...] acho que o enfermeiro é a ponte entre todas essas categorias profissionais, ali atuando para melhoria dessa criança. P6

[...] Para mim é essencial o trabalho da enfermagem dentro da neonatal. P35

O enfermeiro faz tudo, tem uma importância muito grande dentro da UTIN, você cuida da criança, da mãe, da família. P12

Ninguém tem um contato mais direto com a criança que a enfermagem, porque até para o médico traçar os planos dele de cuidado, ele vai fazer isso baseado nas informações que eu e a equipe passamos e não somente no que ele examina. Eu acho a enfermagem fundamental, a ponte paciente-medicina, paciente-família. P43

Eu acho que a equipe multiprofissional precisa melhorar, nós enfermeiros não temos o reconhecimento que deveria ter no nosso cuidado como enfermeiro e membro da equipe multiprofissional. Eu vejo o enfermeiro como grande incentivador da sua equipe e multiplicador de ideias. E um dos mais importantes porque é o cuidado de enfermagem que está ali nas 24 horas com a criança e com o familiar. P30

A enfermagem exerceu papel fundamental no início do desenvolvimento da neonatologia: há relato de que melhores resultados no cuidado aos recém-nascidos prematuros eram alcançados, quando enfermeiras bem treinadas estavam à frente do serviço e na supervisão dos cuidados prestados (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004; TRAGANTE, CECCON, FALCÃO 2010).

Contemporaneamente a enfermeira ocupa posição singular nos serviços de saúde, pois atua como o elo entre os componentes da equipe multiprofissional, porque gerencia uma gama de ações e procedimentos, detém a maior parte das informações relativas às condições do ambiente de trabalho e do processo assistencial, organiza o ambiente do cuidado, além de cuidar e apoiar com segurança o recém-nascido e a sua família, durante o tempo crítico de permanência no hospital. Esse envolvimento responsável com o cuidado determina compreensível estresse durante o seu cotidiano de trabalho (RIBEIRO, 2008, BARRETO, INOUE, 2013).

Estudos internacionais constataram a importância da atuação da enfermeira no contexto do cuidado neonatal, na prestação de cuidados diretos e contínuos que exijam atenção específica e rigorosa na realização de procedimentos especializados (LARGUÍA, 2001; KAMADA, ROCHA, 2006; MONTANHOLI *et. al.* 2011).

Conforme a legislação brasileira (BRASIL, 1986), cabe privativamente ao enfermeiro o cuidado direto de enfermagem a pacientes graves com risco de vida, cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

Na quarta unidade, os profissionais da equipe de enfermagem da UTIN atribuíram ao **cuidado neonatal** o significado de lidar com a vida e com a morte, que pode causar sofrimento emocional, gerando estresse, desgaste e cansaço. Conforme depoimentos a seguir:

Nós também temos a dor, a perda, mas eu falo dos momentos da vida que a gente consegue tirar do fundo do poço aquela vida que ia morrer, aí vem à felicidade, o prazer do dever cumprido, da realização profissional. P38

A gente lida com a vida e a morte o tempo todo, então para a gente é um serviço desgastante nesse sentido, tem plantões que a gente sai esgotado não só fisicamente mais emocionalmente também. P16

O ambiente da UTIN é considerado como um dos mais estressantes, devido ao quantitativo de aparatos tecnológicos, à elevada frequência de procedimentos realizados e da instabilidade clínica de seres tão vulneráveis. Ademais, a equipe de saúde depara-se com o risco constante da morte e, portanto com o sofrimento e a sensação de ameaça (MARTINS, ROBAZZI, 2009).

Também ficou evidente a dificuldade de falar da morte, pois, desde a formação, os profissionais assumiram o compromisso com salvar vidas, o que representa êxito, competência e qualificação adequada à profissão.

Mesmo sendo a UTIN um ambiente em que a morte é evento esperado e, sendo o homem o único ser vivo possuidor da consciência da sua morte e das dos outros, ainda assim, vivenciá-la é um momento a que os profissionais atribuem o significado de pesar, sentimentos de tristeza, impotência, incapacidade e frustração (SILVA *et.al.*2010).

Outros sentimentos foram também mencionados, quando os profissionais se referiram às condições de infraestrutura das unidades públicas em que trabalham. Apontaram características valorativas para melhor desenvolvimento do cuidado neonatal, e, por conseguinte, trazer satisfação e tranquilidade. Todavia, reconheceram a ocorrência de déficit de infraestrutura que provoca desgaste físico e emocional. São ilustrativas as manifestações seguintes:

Aqui te dá condições de desenvolver uma assistência adequada, tem um bom quantitativo de pessoal, às vezes temos dificuldades com insumos e materiais o que torna o cuidado por vezes estressante. P6

É um local que me proporciona outros recursos, outras possibilidades que eu não vejo na minha outra unidade, principalmente as coisas relacionadas à assistência, à sistematização, a rotinas, a POPs. P13

Hoje na neo eu acho muito mais interessante, porque o enfermeiro passou a ter um papel mais especializado, então certos cuidados é específico são do enfermeiro, eu acho que quem ganhou foi o paciente, [...] são profissionais especializados que estão chegando ao mercado com novas ideias. P48

[...] nós que trabalhamos no serviço público percebemos como as coisas são difíceis de conseguir dentro da instituição, em termo de insumos, materiais, para as coisas funcionarem direitinho. P2

Às vezes falta um pouco de condições materiais e de insumos, por ser uma unidade pública às vezes há certas dificuldade. P33

[...] eu sinto que tem uma troca tão boa que supera as dificuldades de escala, de salário, dificuldade de infraestrutura. P15

Toda a unidade tem seus problemas, condições estressantes, problemas em relação à falta de material, muitas vezes têm falta de medicações, de equipamentos adequados, novos, que funcionem. Tudo isso gera muito estresse, mas a gente tenta driblar essas coisas em prol da criança. P17

[...] nem sempre temos todos os materiais disponíveis para poder trabalhar, isso me causa desgaste físico e emocional, perdemos tempo improvisando, o que nem sempre favorece o cuidado. P19

Às vezes tem de falta de material, o setor é um pouco deficiente, os equipamentos não tem manutenção adequada, a qualidade do material é inferior, nem sempre é apropriado a idade do bebê. [...] P50

[...] mas ao mesmo tempo você se sente incapaz, insatisfeita, sem poder agir, frente às deficiências da unidade [...] o hospital tem muita dificuldade com falta de muitos materiais, que às vezes influenciam no cuidado, por exemplo: faltam insumos básicos ou às vezes não são adequados aos bebês e isso desgasta o profissional. P30

[...] por ser um hospital público a deficiência é muito grande. Cuidar aqui na UTIN é uma sensação mista, de prazer por estar atuando na área que gosto e de incapacidade, insatisfação com a deficiência de materiais, de insumos, equipamentos. É um desafio a cada dia. P31

[...] existem sim algumas deficiências. [...] existe dificuldade pelo próprio espaço do ambiente, falta de material, ultimamente temos vivido isso, então acaba o cuidado sendo prejudicado. Uma coisa que eu gostaria de participar e não é ofertado, é que participemos dos rounds. P58

As verbalizações indicaram que os profissionais são comprometidos com o cuidado e, mesmo com as dificuldades impostas pela falta de materiais, equipamento, recursos humanos dentre outras, criam condições para desenvolver a assistência.

Como reiterei ao longo deste trabalho, a UTIN é um ambiente terapêutico, apropriado ao cuidado integral ao RN grave ou potencialmente grave, devendo ser dotada de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos (BRASIL, 2012).

Embora a Portaria Nº 355, de 10 DE Março de 2014 apresente a proposta de Boas Práticas para Organização e Funcionamento dos Serviços de Terapia Intensiva, dentre ela a Neonatal, os depoimentos evidenciaram a carência de vários aspectos estruturais para o adequado funcionamento das unidades. Foi observado nos depoimentos um misto de

sensações contraditórias no cotidiano do cuidado neonatal, tais como: prazer, satisfação, gratidão, insatisfação, incapacidade, tristeza, dentre outros.

Esses sentimentos podem favorecer ou até prejudicar o desenvolvimento do cuidado neonatal, como também repercutir na saúde física e psicológica dos profissionais dessas unidades.

Souza e Ferreira (2010), ao analisarem os fatores de estresse presentes em UTIN, evidenciaram situações contraditórias, em que os profissionais vivenciam o prazer e a realização, proporcionados pela possibilidade de cuidar de clientes graves e, desse modo, fazer parte dos resultados prognósticos, mas, por outro lado, convivem com a complexidade do cuidado que requer a realização de inúmeros procedimentos, uso de equipamentos e dispositivos que causam sentimentos, tal como a angústia.

Os profissionais na UTIN convivem com desafiadoras situações que exigem atitudes rápidas e coerentes, embora difíceis, devido às condições infraestruturais. Desse modo, não raro, são forçados a improvisar e criar soluções para atender às demandas assistenciais da clientela. Tais dificuldades podem provocar frustração, raiva, falta de confiança em si próprio e diminuição da satisfação com o trabalho, podendo inclusive, desencadear sintomas de depressão. (OLIVEIRA *et. al.* 2006).

Kamada e Rocha, (2006) evidenciaram que as condições do espaço físico, de material e falta de recursos humanos foram fatores considerados desencadeador de estresse durante o trabalho em UTIN.

Pontes (2014, p.85) com respaldo no pensamento de Schwartz,¹⁸ refere que “a atividade de enfermagem mobiliza o corpo, a mente, o conjunto da pessoa humana, tendo em vista que o trabalhador tem que estar atento a uma série de acontecimentos”. Em seu estudo, observou que, embora as circunstâncias parecessem desfavoráveis ao cuidado na UTIN, os profissionais sempre davam um “jeitinho”, de forma que acabam desenvolvendo habilidades para lidar com os mais diferentes desafios do dia-a-dia. Segundo sua interpretação, esse modo de lidar caracteriza a atividade industriosa na qual os trabalhadores vão criando novas normas para enfrentar as variabilidades do trabalho.

¹⁸ Yves Schwartz é Professor de Filosofia, membro do Instituto Universitário da França (IUF) e diretor científico do Departamento de Ergologia da Université de Provence (França). Desde os anos 1990 desenvolve cooperação com vários grupos de pesquisa dos programas de pós-graduação do Brasil nas áreas da saúde, educação, psicologia e engenharia de produção (ENTREVISTA: Yves Schwartz).

Para Vianna (2013), essa estratégia necessita produzir resultados em pouco tempo, o que, de certo modo, produz tensão e desgaste aos atores participantes. Contribuindo com a autora, Marque e Melo (2011) relatam que a UTIN requer organização administrativa que compreenda o controle e abastecimento de insumos adequados à clientela assistida.

A quinta unidade de significação revela que, para os profissionais da equipe de enfermagem da UTIN, o **cuidado neonatal** significa competência, conhecimento científico, aperfeiçoamento teórico-prático, cursos de capacitação. Conforme manifestações a seguir:

A gente tem que estar capacitado para cuidar em UTIN, pois é muito específico. P2

[...] exige do profissional que trabalha competência e conhecimento científico, por ser um cuidado que demanda conhecimento de uma área especializada [...]. P5

[...] então tem que se capacitar e especializar porque a neonatologia é outro mundo. P6

A atualização é uma coisa importante fazer, infelizmente isso aqui ainda não tem um padrão de rotina, da gente se atualizar, nós estamos em um hospital universitário, tinha que ter um programa de atualização. P16

É um cuidado que você tem que estar sempre se atualizando, sempre conferindo se é a forma mais prática e cuidadosa de ser prestado. P40

[...] deveria ter cursos de capacitação, se não correremos atrás, não é oferecido pela instituição cursos de aperfeiçoamento. P41

Eu vejo que pra trabalhar dentro de uma UTIN em específico tem que ter muita sensibilidade, gostar, estar sempre se reciclando, é necessário. P45

Acho que ainda tenho muito a aprender profissionalmente, tecnicamente falando, busco sempre me aprimorar da melhor forma possível, com novos conhecimentos, e na neonatal isso é importantíssimo. P25

[...] aqui tem treinamento em serviço, tem educação permanente presente, isso tudo. P26

[...] pode melhorar muita coisa, no sentido técnico de termos reciclagem, de sermos mais informados das coisas novas que acontecem. P51

[...] precisa de educação permanente, de modo a melhorar a qualidade da assistência [...]. P30

[...] as coisas poderiam melhorar se as rotinas fossem bem esclarecidas, se houvesse treinamento, conhecimentos novos. P58

[...] o profissional tem que estar sempre estudando, se aprimorando, há essa necessidade. P52

Os primórdios da neonatologia no Brasil (década de 1960) ocorreram com a criação dos primeiros espaços destinados à assistência aos recém-nascidos prematuros e enfermos. O expressivo progresso nessa área até os dias atuais tornou a assistência extremamente

complexa, provocando transformações na organização de trabalho e nas relações sócio-profissionais (KAKEHASHI, NAGANUMA 1996; COSTA, PADILHA, 2011).

Na UTIN, a complexidade do ambiente, a exigência de atualização constante do conhecimento, as frequentes inovações tecnológicas e novas práticas relacionadas ao cuidado reforçaram a necessidade de dotar as unidades de quadros suficientes de pessoal de enfermagem, tanto do ponto de vista quantitativo, como qualitativo, como condição essencial ao desenvolvimento da assistência neonatal qualificada (CARMO, 2010).

No entanto, o conteúdo curricular dos cursos de graduação em enfermagem não inclui em sua plenitude a neonatologia, particularmente o ensino do cuidado ao recém-nascido de risco, característico de UTIN. Nesse passo, a formação fica restrita aos cursos de Especialização (KAKEHASHI, 1996; COSTA, PADILHA, 2011).

Costa e Padilha (2011 p.251) lecionam que “O conhecimento científico é essencial para o profissional que atua na UTIN, possibilita um preparo adequado que sustenta a complexidades das práticas de cuidado desenvolvidas ao recém-nascido de risco”.

Por sua vez, Oliveira *et. al.* 2013 assinalam que, no cuidado neonatal, o conhecimento científico e as habilidades técnicas são características imprescindíveis à rigorosa manutenção das funções vitais, no intento de reduzir a morbidade e garantir a sobrevivência do RN de risco.

Marques e Melo (2011) acrescentam que o ambiente neonatal requer permanente atualização da equipe multiprofissional, de modo a atender às demandas organizacionais e assistenciais através de embasamentos sustentáveis.

Na mesma perspectiva, estudos de Carmo, (2010) e Barreto e Inoue (2013) salientam que, apesar dos avanços tecnológicos para prestar o cuidado neonatal, o trabalhador deve ser altamente especializado e deter habilidade para resolver problemas e avaliar criticamente o cuidado e as tecnologias usadas para manutenção da vida e a humanização.

Camelo (2012, p.194) reitera que o enfermeiro de UTI deve “aliar à fundamentação teórica (imprescindível) o trabalho, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de ensino, maturidade e estabilidade emocional”. Desse modo, além de qualificação adequada, precisa mobilizar competências profissionais específicas, durante a execução do seu trabalho.

Oliveira *et. al.* (2013) guardam coerência com o exposto, quando ressaltam a necessidade de promover a capacitação e investir na formação dos profissionais de saúde, para atuar em UTIN, considerando o requisito de segurança na execução de técnicas e manipulação de máquinas e equipamentos complexos.

Diante do exposto, a organização das unidades deve estimular e promover a realização de cursos de capacitação em serviço, com vistas ao domínio do processo de trabalho. Medidas dessa natureza podem fortalecer a satisfação do trabalhador e contribuir com o bem estar no trabalho, além de minimizar as possibilidades de erros e agravos ao RN.

Kamada e Rocha (2006) identificaram que enfermeiras da UTIN não possuíam especialização específica na área de cuidados intensivos neonatais, mas referiam necessidade de atualização e de aprofundamento. Para suprir a lacuna, mencionaram a participação em pequenos cursos relacionados à área de neonatologia, além de buscar novos conhecimentos por meio de literatura.

Silva *et. al.* (2009) referem que, nos países em desenvolvimento, subsiste a carência de recursos tecnológicos, como também de profissionais qualificados. Talvez por isso se verifique interesse explícito do profissional de enfermagem das UTIN em buscar aperfeiçoamento, para melhor atender as necessidades de saúde dos recém-nascidos. As enfermeiras buscam qualificações ingressando em cursos de qualificação *lato e stricto-sensu* (ROLIM, CARDOSO 2006; ROLIM *et. al.* 2008).

Essa aproximação dos resultados revelados ao que já está posto por meio de pesquisas anteriores permitiu a compreensão de relações de proximidade e de afastamento do conhecimento do fenômeno cuidado neonatal. A possibilidade de dar voz ao profissional contribui para melhor compreensão da distância entre a prática e o conhecimento. Esse dado de realidade trouxe à evidência mudanças de comportamentos, atitudes e reflexões e modificações nas rotinas e protocolos, imprescindíveis no cuidado na UTIN.

No cotidiano de assistência intensiva, não raro, os profissionais se deixam levar pelas atividades rotineiras, perdendo de vista as possibilidades emergentes, que podem contribuir na interseção das relações que permeiam o universo do cuidado neonatal.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as dimensões que envolvem o cuidado humano, este estudo teve como objetivo desvelar o sentido do cuidado neonatal significado pelos profissionais de enfermagem no cotidiano da UTIN.

Do ponto de vista metodológico, encontrei na fenomenologia o caminho ao entendimento do mundo da vida, o que me possibilitou a realização da presente investigação. Entre outros, parti dos seguintes pressupostos:

O *cuidado* como constituinte do ser do *Dasein* apresenta uma dimensão temporal inerente e imanente a sua existencialidade. Ao ser no tempo, o *Dasein* busca, através do *cuidado*, dar sentido ao seu existir, existindo o homem é um *Ser* de *cuidado*.

Como constitutivo de uma circularidade ôntico-ontológica, o cuidado projeta o *Dasein* no mundo no acontecer no tempo. *Dasein/cuidado* e tempo revelam uma dimensão inseparável; isto é, o *Dasein* não existe sem tempo; a ausência de tempo finda as possibilidades do *cuidado* de si e do outro na coexistência.

Lançado no mundo, o *Dasein*, como ser de *cuidado*, move-se continuamente em busca de entender a si e o mundo, fazendo do tempo um contínuo movimento de construção e reconstrução da sua existencialidade.

Entendendo que as ações do cuidado em saúde ocorrem no mundo existencial, espaço de abertura e de desvelamento. Foi com essa premissa que busquei desvelar o cuidado neonatal. Em um contexto determinado pelo cuidado, as relações inerentes se entrelaçam, enquanto ato de cuidar, de ser cuidado, de ser-aí e ser-aí-com, integrando modo de compreender a si e modo de agir e interagir com o mundo.

Aclarar facetas obscuras do cuidado neonatal no cotidiano assistencial possibilita um novo lançar-se e um refazer de sentido. O entendimento dessa possibilidade de *vir-a-ser* pertence ao ser-aí, mas pode estar encoberto pela impropriedade e impessoalidade ao ser no mundo cotidiano.

Fruto de minhas inquietações ao ser-enfermeira-no-mundo da UTIN, ao caminhar em direção ao desvelamento do *sentido* busquei, a cada momento, entender a direção que encaminhava para o significado do fenômeno cuidado neonatal.

Considero que, a partir dos profissionais da equipe de enfermagem das UTIN, vinculados aos hospitais universitários, o sentido do cuidado neonatal mostrou-se como fenômeno relacional, marcado por temporalidade e solicitude.

O cuidado neonatal apresentou-se determinado por uma trama temporal linear e cíclica. Linear remete ao constante desenvolvimento técnico-científico, segundo o qual o *cuidado* revestiu-se do enfoque de instrumentalidade, com forte predomínio de conceitos técnicos e de classificação peculiar à especificidade do serviço de neonatologia e às condições de saúde do recém-nascido.

Sob esse ângulo, o significado do *cuidado* tomou como referência ações determinadas por manuais implementados na cotidianidade da UTIN, como as elaboradas na NAHRNBP-MC e no requisito de boas práticas em neonatologia, os quais balizam o cuidado neonatal. De modo que vislumbram uma relação de integralidade entre equipe, RN e família de forma a possibilitar uma assistência com menor risco possível de dano, no menor tempo de internação e o com empoderamento materno/familiar.

A instrumentalidade, à primeira análise, caracterizou o modo da ocupação por ter significado de algo por algo, relacionado a um modo técnico de fazer, como do equipamento para monitorar, do atender ao recém-nascido determinado por rotina pré-estabelecida, que caracteriza, no pensar heideggeriano, a manualidade cotidiana, por revelar o instrumento por si mesmo. Os profissionais revelaram um significado primariamente voltado ao processo de criação das UTIN, que concerne ao aporte técnico.

Ao aprofundar a análise, compreendi que a temporalidade fenomenal do cuidado neonatal se traduz num contínuo caminhar, determinado por uma circularidade que revela um eterno retorno na existência do *Dasein*. O *cuidado* se desenvolve na esteira da convivência e da abertura no relacionar-se. Na UTIN, o *cuidado* foi (e é) delineado por diferentes seres-aí lançados na cotidianidade da unidade.

Como ser de *cuidado*, o profissional apresentou-se numa relação de proximidade e de interesse ao ser-com-o-RN e de solicitude, guiado pela paciência, de quem cuida desse bebê por um *tempo* não determinado, pois cada qual apresenta características e necessidades inerentes à condição de como chegou ao mundo, de maneira que é um *cuidado* com vista para o futuro.

Impregnado pelo modo-de-ser da paciência, o profissional de enfermagem cuida do RN, reconhecendo a fragilidade, a falta de autonomia, as diferentes demandas de cuidado em relação às apresentadas pelo cliente adulto. Adicionalmente, compreende o cuidado como minucioso e delicado, criando uma relação singular de conhecimento. Não se refere apenas a um RN, esse *cuidado* revela o *preocupar-se* ao entender que vai além dos procedimentos técnicos, em seu modo de fazer, de olhar e de agir. Não é somente dele se ocupar.

Na cotidianidade da UTIN, o profissional de enfermagem estabelece relacionamento envolvente e significativo com o RN; por vezes chega a referir-se a ele como “meu filho” perante outros membros da equipe. Compreende que o cuidado ao bebê estende-se aos pais e familiares, o que atende a demandas estabelecidas pela ciência, como forma de acolhimento para a humanização da assistência em neonatologia. Para ser presentificada, tal vertente do cuidado necessita da disponibilidade do ser-aí-com, em possibilitar uma relação balizada na solicitude.

Nesse movimento de cuidar e relacionar-se, o ser-aí profissional significa situações desfavoráveis ao cuidado integral, bem como da solicitude dos profissionais que acontece no modo deficiente, indicando o não compartilhamento das atividades voltadas ao *cuidado* do RN. Daí pode decorrer repercussões negativas ao desenvolvimento do bebê, gerar desgaste físico, psicológico e desvalorização do profissional.

A deficiência na infraestrutura física, de materiais, de equipamentos e de pessoal foi também significada como elementos desfavoráveis ao *cuidado*, embora, por sua constituição ôntico-ontológica, continuem a cuidar.

A enfermagem foi compreendida como elo fundamental no cuidado neonatal, no qual a equipe profissional, presente nas 24 horas na unidade, se esforça para dedicar um olhar integral ao todo no cuidado. Na atualidade existe um maior quantitativo de enfermeiras (os) atuando nas UTIN o que possibilita um cuidado direto junto ao cliente, atendendo as normas de funcionamento dessas unidades. Quando se trata de profissional com escala fixa do serviço noturno, revela ser quase sempre o único profissional a estar todo o período na unidade, do que decorre a solicitação relativa à presença de outros profissionais.

Como o cotidiano do cuidado neonatal apresentou um caráter fenomenal, acredito que os resultados desvelados trarão importante contribuição ao entendimento da dimensão temporal do *cuidado* como imanente ao ser-aí, revelando-se na relação de ser-com no modo

de ocupação e preocupação, presente em ações cotidianas realizadas junto ao RN, família e profissionais.

O estudo possibilitou entender através do encontro com cada profissional seu modo de significar o cuidado, favorecendo no dia-a-dia suspender pressupostos que generalizam e impedem ser-com-o-outro em uma atitude de solicitude. Permitindo desse modo, elaborar meios que conduzam ao entendimento e a reflexão conjunta do cuidado neonatal e possibilitem mudanças nos modos-de-ser de cada um.

Ao dar voz ao *ser* no cotidiano do cuidado neonatal, a investigação contribuiu viabilizando em sua disposição significar o vivido através da linguagem. Essa é precedida de uma compreensão para o entendimento, favorecendo a reflexão e a disseminação de um novo modo de vivenciar, de pensar e de agir sendo-no-cuidado.

Os resultados podem ser fonte geradora de novas reflexões para outros profissionais da equipe multiprofissional, possibilitando troca de conhecimento ao ser-com-o-outro no pensar o *cuidado*.

Compreendendo o ser-no-mundo como *cuidado*, este estudo pode igualmente contribuir para o fortalecimento do ensino de graduação em enfermagem na área do cuidado neonatal, ainda incipiente nas grades curriculares. Tais providências contribuirão para que o estudante vivencie aproximação do *cuidado* numa dimensão da existencialidade ao iniciar uma trajetória de ser-com-o-cliente, ao mesmo tempo em que possibilitam entender a si e ao outro numa relação de intersubjetividade e de solicitude.

Os profissionais destacaram a necessidade de buscar sempre novos conhecimentos, para estarem mais preparados para ser com o outro e fundamentar a prática profissional. Nessa perspectiva, os resultados favorecem a compreensão da circularidade do cuidado, de modo que gestores e docentes dos cursos de atualização, capacitação, pós-graduações *lato sensu e stricto sensu* na área do cuidado neonatal possam compartilhar saberes e mobilizar mudanças de atitude ao ser no cuidado neonatal.

Desejo igualmente que o estudo fortaleça as iniciativas do NUPESC/EEAN, pela oportunidade da utilização da fenomenologia como modo de pensar e pesquisar no cenário de assistência ao recém-nascido, favorecendo o repensar do cuidado em UTIN.

Por outro ângulo, os resultados poderão servir como ponto de partida para novos estudos. O cuidado como possibilidade do ser do humano, não é estático, possibilitando que sejam desveladas outras facetas do fenômeno, obscura no cotidiano da UTIN.

Considero que os resultados do estudo venham a subsidiar políticas públicas na área neonatal, evidenciando o cuidado em uma dimensão ôntica-ontológica. Ainda nessa vertente, os achados podem servir como pedra de toque em fóruns de debates e discussões que compreendam o cuidado além dos determinantes da ciência *stricto sensu*, que abra possibilidades de *vir-a-ser* no cotidiano neonatal em uma solicitude antecipadora.

Finalizo esse momento, não acreditando que tudo foi aclarado, pois o descoberto de ontem pode estar encoberto hoje. Acredito que esta é a trajetória para o desvelamento, para a aquietação suscitada no encontrar-se das possibilidades ao *vir-a-ser* no mundo.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ALFARO-LEFEVRE, R., **Aplicação do processo de enfermagem**: uma ferramenta para o pensamento crítico 7. Ed., Porto Alegre: Artmed, , p. 33- 34, 2010.

ALMEIDA, IS. **O SER-CASAL-ADOLESCENTE-NO-VIVIDO-DE-GESTAR-PARIR-E-NUTRIR: uma abordagem existencial como possibilidade para a Enfermagem** [Tese] Rio de Janeiro UFRJ/ EEAN, 2009.

ALMEIDA IS, CRIVARO ET, SALIMENA AMO, SOUZA IEO.O caminhar da enfermagem em fenomenologia: revisitando a produção acadêmica. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.11. n.3,p. 695-9; 2009. Available from: [ttp://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a30.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a30.htm).

ALTIMIER L, PHILLIPS R M. The neonatal integrative developmental care model: seven neuroprotective coremeasures for family-centered developmental care. **Newborn & Infant Nursing Reviews** v.13, p.9–22, 2013.

ANEAS TV, AYRES, JR CM. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 15, n. 38, p. 651-662, Sept. 2011 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo>. access on 20 Oct. 2016.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. **Resolução RDC N° 7**, de 24 de fevereiro de 2010. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2010.

AVERY GB. Perspectivas em neonatologia. In: Avery GB. **Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 4a.ed. Medsi; Rio de Janeiro, 1999.

AYRES, JR CM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 13, n. 3, p. 16-29, Dec. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104- access on 19 Oct. 2016.

BRASIL. **Lei N 7.498/86** dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providencias. DE 25 DE JUNHO DE 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria N° 3432**, de 12 de agosto de 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos**. Brasília: MS; 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=2828.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-Natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: MS; 2006.

_____. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. COFEN. **Resolução N° 311** de 08 de fevereiro de 2007.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança. **Normas de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: método canguru**. Brasília: MS; 2009.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN 358/2009**: dispõe sobre a SAE nas instituições de saúde brasileiras. [Rio de Janeiro]: COFEN, [2009]. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo%20cofen-> Acessado em: 23/09/2016.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução N° 7**, de 24 de fevereiro de 2010.

_____. Ministério da Saúde **Portaria N° 1.459**, de 24 de junho de 2011a. Brasília, MS. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção a Saúde. **Manual prático para implementação da rede cegonha**. Brasília: MS; 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. **SIM(Sistema de indicadores de mortalidade)**. 2012. Disponível em: < www.datasus.gov.br >. Acesso em: 27/06/2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos: **Resolução N° 466**, de 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 930**, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e os objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação dos leitos de unidades neonatais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Legislação GM.

_____. Ministério da Saúde **PORTARIA N° 355**, DE 10 DE MARÇO DE 2014 Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento dos Serviços de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica e Neonatal"

BALLWEG, DD. Implementing Developmentally Supportive Family-Centered Care in the Newborn Intensive Care Unit as a Quality Improvement Initiative. **JPerinat Neonat Nurs** v.15, n.3, p.58-73, 2001.

BARRETO AP, INOUE KC. Assistência humanizada em unidade de terapia intensiva neonatal (utin): a importância dos profissionais de enfermagem / **Revista Uningá Review** V.15, n.1, pp.66-71 ;Jul - Set 2013 <http://www.mastereditora.com.br/review>

BERGOLD, L. B. e ALVIM, N. A. T. Visita musical como uma tecnologia leve de cuidado. **Texto e contexto - Enferm.** Vol.18, nº 3. Florianópolis. July/ Sept. 2009.

BOEMER, MR. A condução dos estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 2, n.1, p. 83-94, jan. 1994.

BOFF, Leonardo. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, out./mar., 2005

CAMELO, SHH. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 192-200, Feb. 2012 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104- acesso em 30 Set. 2016.

CAPALBO, C. Alternativas metodológicas de pesquisa. In: **Seminário nacional de pesquisa em enfermagem**. 3, Florianópolis: Ed. da UFSC, 1984.

_____. **Fenomenologia e ciências sociais**. UEL, 3ª ed. Londrina, 1996. 133p.

CARDOSO et. al. Desafios e estratégias das enfermeiras na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 4, p. 76-84, out./dez.2010.

CARMO, C.M.A. **O despertar de uma especialidade: a enfermeira na história da neonatologia do Instituto Fernandes Figueira** [Dissertação]. Rio de Janeiro: UNIRIO, 2010.

CARRARO TE, KEMPFER SS, SEBOLD LF, et. al. Cuidado de Saúde: Uma aproximação teórico-filosófica com a fenomenologia. **Cultura de los Cuidados**, v. Ano XV, p. 89-96, 2011.

CARVALHO, AS. **Metodologia da entrevista-uma abordagem fenomenológica**. Ed. Agir, Rio de Janeiro, 1987.

COLLIÈRE, Marie-Francoise. **Cuidar: a primeira arte da vida**. Lisboa: Lusociência, 2001.

CONE TE. Perspectives in neonatology. In: **Historical review and recent advances in neonatal and perinatal medicine**. Smith GF, Vidyasagar D., eds. Mead Johnson Nutritional Division, 1983;9-33.

CORREA, A.K. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 83-88, janeiro 1997.

CHAVES, AAB; MASSAROLLO, MCKB. Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, Mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>

COSTA R, PADILHA MI, MONTICELLI M, RAMOS FRS, BORENSTEIN MS. Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. História da Enfermagem - **Revista Eletrônica (HERE)**, v.1, n.1, 55-68, abr.2010.

COSTA, R.; PADILHA, M. I. Percepção da equipe de saúde sobre a família na UTI neonatal: resistência aos novos saberes. **Rev. de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro v. 19, n. 2, p. 232-233. abr.- jun., 2011.

COSTA, R; PADILHA, M I. Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva em Florianópolis (década de 1980). **Rev. Enferm. Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, Jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>

COSTA R, KLOCK P, LOCKS MOH. Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v 20 n.3, 349-53 jul/set; 2012.

CRUZ ARM, OLIVEIRA MMC, CARDOSO MVLML, LÚCIO IML. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. **Rev. Eletr. Enf.** [internet]. V.12, N.1,133-9, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a16.htm>.

CRUZ ATCT, DODT RCM, ORIÁ MOB, ALVES MDS. Enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal: perfil da produção científica brasileira. **Cogitare Enferm.** V.16, n.1, p.141-47, Jan/Mar 2011.

DESLANDES SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva** v.9, n.1, p.7-14, 2004.

DOWNES JJ. The historical evolution, current status, and prospective development of pediatric critical care. **Crit Care Clin.** v.8, n.1, p. 1-22. 1992.

Duarte MLC, Noro A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.31, n.4, p.685-92, dez, 2010.

DUARTE ED, SENA RR, Xavier CC. Processo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: construção de uma atenção orientada pela integralidade **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 01 September, Vol.43 n.3, pp.647-654, 2009.

DUARTE MR, ROCHA SS. As Contribuições da Filosofia Heideggeriana nas Pesquisas Sobre o Cuidado em Enfermagem. **Cogitare enferm.**Paraná, V. 16 n.2, p.361-4, 2011.

ENTREVISTA: Yves Schwartz. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 4, n. 2, p. 457-466, Sept. 2006 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo>>.

ELIAS EA, SOUZA IEO, VIEIRA LB Significados do cuidado-de-si-mesmas de mulheres profissionais de enfermagem em uma unidade de pronto atendimento. **Rev. Esc Anna Nery.** Rio de Janeiro v. 18, n.3, p.415-420 2014.

FARIAS LM, CARDOSO MVLML, OLIVEIRA MMC, MELO GM, ALMEIDA LS. Comunicação proxêmica entre a equipe de enfermagem e o recém-nascido na unidade neonatal. **Rev. Rene. Fortaleza**, v.11, n.2, p. 37-43, abr./jun.2010.

FIALHO FA, DIAS IMAV, SILVA LR, SANTOS RS, SALVADOR M. Tecnologias aplicadas pela enfermagem no cuidado neonatal. **Rev. baiana enferm**; v.29, n.1, 2015.

FONTENELE, FC; PAGLIUCA, LMF; CARDOSO, MVLML. Cuidados com a pele do recém-nascido: análise de conceito. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, p. 480-485, Sept. 2012 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo>>

FRADIQUE MORUJÃO, A. "Husserl e a filosofia como ciência rigorosa". In: **Estudos filosóficos – Vol. 1**. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, 2002.

GAIVA, MAM. O cuidar em unidades de cuidados intensivos neonatais: em busca de um cuidado ético e humanizado. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.11, n.1, p.61-66, jan/abr. 2006.

GAIVA MAM, SCOCHI CGS. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Rev. Latino-American. Enferm.** v.12, n.3, p.469-76, Maio-Jul, 2004.

GARNICA, Antonio Vicente Marafioti. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.1, n.1, p.109-122, ago. 1997.

GIBBINS S, HOATH SB., COUGHLIN M, GIBBINS A, FRANCK L. The Universe of Developmental Care A New Conceptual Model for Application in the Neonatal Intensive Care Unit. **Advances in Neonatal Care** • v. 8, n.3 • pp. 141-147. 2008.

GORGULHO FR, RODRIGUES BMRD. A relação entre enfermeiros, mães e recém-nascidos em unidades de tratamento intensivo neonatal. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.541-6, out/dez; 2010.

GURGEL EPP, ROLIM KMC. A primeira visita da mãe a UTIN: O acolhimento como promoção do Cuidado humano **Rev. RENE**. Fortaleza. v.6, n.2, p.63-71, maio/agosto, 2005.

HEALY P, FALLON A. Developments in neonatal care and nursing responses. **British Journal of Nursing**, v.23, n.1, 2014.

HEIDEGGER, M. **Todos nós ... ninguém**: um enfoque fenomenológico do social. Trad.: Dulce Mara Critelli. SP: Moraes, 1981, 72 p.

HEIDEGGER, M. (1991). **Meu caminho para a fenomenologia** (E. Stein, Trad.). In Os pensadores. São Paulo: Nova Cultural. (Trabalho original publicado em 1963)

_____. **Ser e tempo**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP; Petrópolis, RJ: Editoras Vozes, 2012.

_____. **Ensaios e conferências**. Tradução de Emmanuel Carneiro Leão, Gilvan Foge, Marcia Sá Cavalcante Schuback. - 8. ed. - Petrópolis : Vozes ; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2012 b. (Coleção Pensamento Humano)

HENDRICKS-MUÑOZ KD, PRENDERGAST CC. Barriers to provision of developmental care in the neonatal intensive care unit: neonatal nursing perceptions. **Am J Perinatol**. V.24, n.2, p.71-7, 2007.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO. <http://www.huap.uff.br/huap/node/15> acesso em 10 Ago 2016.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO. <http://www.hupe.uerj.br/> acesso em 10 Ago 2016.

HUSSERL, Edmund. **Meditações Cartesianas**: Introdução à Fenomenologia. São Paulo: Madras, 2001.

KAKEHASHI TY, NAGANUMA M. Reflexões sobre o ensino de Enfermagem neonatológica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n.Especial, p. 23-28, 1996.

KAMADA I; ROCHA, SMM. As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTIN. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 404-411, Sept. 2006 . Available from <<http://www.scielo>

KLAUS, MARSHALL H. FANAROFF, AVROY A. **Alto risco em neonatologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

KLOCK P, ERDMANN AL. Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. **Rev Esc Enferm USP**; v.46, n.1,45-51, 2012. www.ee.usp.br/reeusp/

LANSKY S, FRICHE AAL, Silva AAM, Campos D. et. al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido - MORTALIDADE NEONATAL E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup.:S192-S207, 2014

LARGUÍA M. Prioridades para el gobierno de la ciudad de Buenos Aires en la asistencia neonatológica. **Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá**. Buenos Aires v. 20, n.3 p.127-32 ;2001.

LÉLIS, ALPA; PAGLIUCA, LMF; CARDOSO, MVLML. Cuidado humanístico e percepções de enfermagem diante da dor do recém-nascido. **Rev. Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro v.15,n.4, p.694-700,out-dez; 2011.

LIMA AFC, KURCGANT P. Meanings of the nursing diagnosis implementation process for nurses at a university hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 14, n. 5, p. 666-673, Oct. 2006 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo>. access on 23 Sept. 2016

LINS et. al. Percepção da Equipe de Enfermagem acerca da Humanização do Cuidado na UTI Neonatal. **R bras ci Saúde** v.17, n.3, 225-232, 2013.

LOPES, R.L.M.; SOUZA, I.E.O. A fenomenologia como abordagem metodológica: compartilhando a experiência de mulheres que buscam a prevenção do câncer cérvico-uterino. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5,n.3, p.5-11, julho 1997.

LUCENA ICD, BARREIRA IA. Revista enfermagem em novas dimensões: wanda horta e sua contribuição para a construção de um novo saber da enfermagem (1975-1979). **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. 3, p. 534-540, Sept. 2011 .Available from <http://www.scielo.br/scielo>. access on 23 Sept. 2016.

LUSSKY RC. **A Century of Neonatal Medicine. Minnesota Medical Association Minneapolis**. V.82, Dec. 1999. Disponível em <http://www.neonatology.org>.

MACHADO MED, CHRISTOFFEL MM, TASSINARI WS. Socio-demographic profiles and qualifications of neonatal nurses in developmental care: a descriptive study **Online braz j nurs** [internet] 2014; 13 (3):292-301. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4718>

MAGALHÃES FJ, LIMA FET, ROLIM KMC, CARDOSO MVLML, SCHERLOCK MSM, ALBUQUERQUE NLS. Respostas fisiológicas e comportamentais de recém-nascidos durante o manuseio em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n.1, p.136-43, jan/mar 2011.

MALAGUTTI W; MIRANDA SMRC. Os caminhos da enfermagem: de Florence à globalização. **Enferm. Foco**. v. 2, n.Supl, p. 85-8. 2011

MARANHÃO AGK, VASCONCELOS AMN, TRINDADE CM, et. al. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: **Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, organizador**. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. P. 163-82

MARQUES, PA; MELO, ECP. O processo de trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Esc. Enferm.** USP, São Paulo, v.45, n.2, Apr. 2011. Available from <<http://www.scielo.br/scielo>.

MARTINS JT, ROBAZZI MLCC. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento **Rev Latino-am Enfermagem** v. 17, n.1, janeiro-fevereiro 2009. www.eerp.usp.br/rlae

MARTINS CF, FIALHO FA, DIAS IV, et. al. Unidade de terapia intensiva neonatal: o papel da enfermagem na construção de um ambiente terapêutico. **R Enferm Cent O Min**; v.1, n.2, 268-76. 2011.

MATERNIDADE ESCOLA/UFRJ. <http://www.maternidade.ufrj.br/> acesso em 10 Ago 2016.

MELO, RCJ. **O sentido do ser-mãe-que-tem-a-possibilidade-de-tocar-o-filho-prematuro na unidade intensiva: contribuições para a Enfermagem Neonatal**. Rio de Janeiro. 2010. 119p [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN, 2010.

MELO RCJ; SOUZA, IEO; PAULA, CC. O sentido do ser-mãe-que-tem-a-possibilidade-de-tocar-o-filho-prematuro na unidade intensiva: contribuições para a enfermagem neonatal. **Rev. Enferm. Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, June 2012. Available from <<http://www.scielo.br/scielo>

MELO RCJ; SOUZA IEO; PAULA CC. Enfermagem neonatal: o sentido existencial do cuidado na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.66, n.5, Out. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>.

MELO RCJ, SOUZA IEO, PAULA CC. The voice of the woman-mother of a premature baby in the neonatal unit: a phenomenological approach. **Online braz j nurs** [internet] v.13, n.2, p.198-206; 2014. disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4415>

MENDES LC, FONTENELE FC, DODT RCM, ALMEIDA LS, CARDOSO MVLML, SILVA CBG. A Dor No Recém-Nascido Na Unidade De Terapia Intensiva Neonatal. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v.7, n.11,p.6446-54, nov. 2013.

MERIGHI, MAB et al. Cuidar do recém-nascido na presença de seus pais: vivência de enfermeiras em unidade de cuidado intensivo neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.l.], v. 19, n. 6, p. 1398-1404, dez. 2011. ISSN 1518-8345. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4457>>. Acesso em: 21 July 2014.

MINAYO, MCS (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: vozes, 2010.

MONGIOVI, VG et. al. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 2, p. 306-311, Apr. 2014 . <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-access on 29 Sept. 2016.

MOLINA RCM, FONSECA EL, WAIDMAN MAP, MARCON SS. The family's perception of its presence at the pediatric and neonatal intensive care unit. **Rev Esc Enferm USP** São Paulo, v.43, n.3, p.627-34 2009. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/

MONTANHOLI, LL; MERIGHI, MAB; JESUS, MCP. Atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.2, Apr. 2011. www.eerp.usp.br/rlae

MONTEIRO, CFS et al . Fenomenologia heideggeriana e sua possibilidade na construção de estudos de Enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 2, p. 297-301, Aug. 2006 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo>.

MOREIRA MEL, BONFIM OL. Manuseio da dor no recém-nascido. In: Moreira MEL, Lopes JMA, Carvalho M, organizadores. **O recém-nascido de alto risco - teoria e prática do cuidado**. Rio de Janeiro: Fiocruz; p.489-508,2004.

MOREIRA RAN, PEREIRA LDB, SIQUEIRA, AEOB. Et. al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade Neonatal. **Cogitare Enferm**. V.17, n.4, p.710-6, Out/Dez 2012.

MOREIRA RCR, LOPES RLM, SANTOS NA. Entrevista fenomenológica: Peculiaridades para la producción científica en enfermería. **Index de Enfermería** (edição digital) Espanha - Granada v.22, n.1-2, 2013.

MUTTI, CF; PADOIN, SMM; PAULA, CC. Espacialidade do ser-profissional-de-enfermagem no mundo do cuidado à criança que tem câncer. **Rev. Esc. Anna Nery**. v.16, n.3, jul-set, 2012.

NASCIMENTO CAD, CARTAXO CMB, MONTEIRO EMLM, SILVA LMP, SOUTO CC, LEÃO ENC. Percepção de enfermeiros sobre os pais de prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Rene**. v.14,n.4, p.811-20; 2013.

NEVES EP. As Dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. **Rev. Enferm. Escola Anna Nery** Rio de Janeiro, v.6, n.1,p. 79-92. Dez. 2002.

OLIVEIRA BRG, LOPES TA, VIERA CS, COLLET N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n.Esp., p. 105-13, 2006.

OLIVEIRA EB et. al. Fatores de risco psicossocial em terapia intensiva neonatal: repercussões para a saúde do enfermeiro **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2013 out/dez; 21(4): 490-5.

OLIVEIRA MFV, CARRARO TE. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 2, p. 376-380, Apr. 2011 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo>.

PADOIN SMM; SOUZA, IEO. A compreensão do temor como modo de disposição da mulher com HIV/AIDS diante da (im)possibilidade de amamentar. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 510-518, jul/set. 2008.

PAULA CC; SOUZA ÍEO; CABRAL IE; PADOIN SMM. Movimento analítico-hermenêutico heideggeriano: possibilidade metodológica para a pesquisa em enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 6, p. 984-989, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 22 June 2015.

PAULA CC, et al. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 468-72, mai-jun. 2014.

PEIXOTO PV, ARAÚJO MAN, KAKEHASHI TY, PINHEIRO EM. Nível de pressão sonora em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Esc. Enferm. USP** São Paulo, v.45 n. 6 Dec. 2011. Available from <<http://www.scielo.br/scielo>

PEREIRA FL, GÓES FSN, FONSECA LMM, SCOCHI CGS, CASTRAL TC, LEITE AM. A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Esc Enferm USP** São Paulo, v. 47, n.6, p.1272-8, 2013. www.ee.usp.br/reeusp/.

PINHEIRO EM, GUINSBURG R, NABUCO MAA, KAKEHASHI TY. Ruído na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e no interior da incubadora. **Rev. Latino-Am. Enferm** v.19, n.5, set.-out. 2011.

PIRAZÁN, MLM; GUERRERO, NS. Características del enfermero que cuida y de la persona cuidada en un ambiente neonatal. **Rev Cubana Enfermer**. Ciudad de la Habana. v.28 n.2 abr.-jun. 2012.

PIRES, M RGM. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: Conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.13, n.5, p. 729-736, set/out. 2005.

POLIT D F, BECK C T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 7ª Edição, Editora Artmed, 670 p 2011.

Pontes KAES. “**Dando nó em pingo d’água: os nós da enfermagem em uma unidade neonatal a partir do ponto de vista da atividade**”. [tese], Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2014.

PORTO ES, FRANÇA FM, FERRARI R. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem na UTI. **Revista eletrônica Gestão & Saúde** V.04, Nº. 01, p. 1397-1403 2013.

PUCCINI PT, CECÍLIO LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública** v.20, n.5, p. 1342-1353, 2004.

REICHERT APS, LINS RNP, COLLET N. Humanização do cuidado na UTI neonatal. **Rev Eletr Enferm** [periódico na Internet] v.9, n.1, p.200-13; 2007 [citado 2011 nov 25];. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/pdf/v9n1a16.pdf>

REIS AT, SANTOS, RS. Sentimentos de mulheres-mães diante da cirurgia neonatal nas malformações congênitas. **Rev. Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, Set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>.

REIS, LS et. al . Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 34, n. 2, p. 118-124, June 2013 . <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983- access on 29 Sept. 2016.

RETICENA KO, BEUTER M, SALES CA. Vivências de idosos com a dor oncológica: abordagem compreensiva existencial. **Rev Esc Enferm USP** ·v. 49, n.3, 419-425, 2015. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp acesso em 30 Set. 2016.

RIBEIRO, M.C.S. A nocividade do trabalho: os riscos à saúde do trabalhador. In: Ribeiro, M. C.S. (org). **Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores**. São Paulo: Martinari, 2008.

RIVERA MS, HERRERA LM. Fundamentos fenomenológicos para um cuidado compreensivo de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis,; v.15, n.Esp. 158-63, 2006.

ROCHA, PK et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v.61, n.1, Feb. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 03 Out. 2013.

ROCHA DKL, FERREIRA HC. Estado da arte sobre o cuidar em neonatologia: compromisso da enfermagem com a humanização na unidade de terapia intensiva neonatal. **Enfermagem em Foco**. V.4, n.1, p. 24-28; 2013.

RODRIGUES, E.C. **Conhecer para cuidar- o desafio dos pais do bebê prematuro na educação dialógica intermediada pela enfermeira**. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.

RODRIGUES RG, OLIVEIRA ICS. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Rev Eletr Enferm**. v.6, p.286-91, 2004. Disponível em: www.fen.ufg.br

RODRIGUES RG, OLIVEIRA ICS, Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.14, n.4, p.498-505, Out-Dez. 2005.

ROEHE MV. A Psicologia Heideggeriana. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 43, n. 1, p. 14-21, jan./mar. 2012.

ROLIM KMC, CARDOSO MVLML. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v.14,n.1, p.85-92, Jan-Fev. 2006.

ROLIM KMC, LINHARES DC, RABELO LS, GURGEL EPP, MAGALHÃES FJ, CAETANO JA Cuidado com a pele do recém-nascido pré-termo em unidade de terapia intensiva neonatal: conhecimento da enfermeira. **Rev. Rene. Fortaleza**, v.9, n.4, p.107-115, out/dez.2008.

ROLIM KMC, ARAÚJO AFPC, CAMPOS NMM, LOPE SSMB, GURGEL EPP, CAMPOS SACS. Cuidado quanto à termorregulação do recém-nascido prematuro: o olhar da enfermeira. **Rev. Rene. Fortaleza**, v.11, n. 2, p. 44-52, abr./jun.2010.

SALES, MBL. A questão da dimensão ética na analítica existencial heideggeriana. **Ágora Filosófica**. Departamento de Filosofia. Universidade Católica de Pernambuco. Ano 2. nº1, jan./jun. 2002

SÁ NETO, JA; RODRIGUES, BMRD. Tecnologia como fundamento do cuidar em Neonatologia. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 19, n. 2, June 2010 disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>. acesso em: 13 Out. 2013.

SÁ NETO JÁ, RODRIGUES BMRD. Aspectos bioéticos no cuidado ao recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. In: TAQUETTE SR, CALDAS PC. **Ética e pesquisa com populações vulneráveis**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 2012.

SANTOS AA, PEDROSA IL, VASCONCELOS JMB, ARRUDA AC. A internação de um recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal: desvelando sentimentos e expectativas dos pais. **Rev enferm UFPE on line**. v.5, n.6, p.1492-500, ago. 2011.

SANTOS JS, LIMA LM, MELO IA. Sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva: revisão bibliográfica. **Ciências Biológicas e da Saúde | Aracaju** | v. 2 | n.2 | p. 59-68 | out 2014 | periodicos.set.edu.br

SANTOS LM, RIBIERO IS, SANTANA RCB. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Enferm**, Brasília v.65, n.2, p. 269-75, mar-abr. 2012.

SILVA LCSP, VALENCA CN, GERMANO RM. Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 5, p. 770-774, Oct. 2010 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo>.

SILVA JMO, LOPES RLM, DINIZ NMF. Fenomenologia. **Rev Bras Enferm**. v.61, n.2, p.254 -257, 2008.

SILVERMAN WA. Incubator-baby side shows. (Dr. Martin A. Couney). **Pediatrics**. v.64, n.2, p.127-41, 1979.

SIMÕES SMF, SOUZA IEO. O método fenomenológico heideggeriano como possibilidade na pesquisa em enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.6, n.3, p.50-56, set/dez. 1997.

SIMSEN CD, CROSSET IMG, O significado do cuidado na unidade de terapia intensiva neonatal na visão dos cuidadores de enfermagem. **Rev. Gaucha Enferm.** Porto Alegre(RS), v.25, n.2, p.231-42, ago. 2004.

SPIR EG, SOARES AVN, WEI CY, ARAGAKI IMM, KURCGANT P.A percepção do acompanhante sobre a humanização da assistência em uma unidade neonatal **Rev. esc. enferm.** USP São Paulo, v.45, n.5, Out. 2011.

SPRANDEL LIS, VAGHETTI HH. Valorização e motivação de enfermeiros na perspectiva da humanização do trabalho nos hospitais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 4, p. 704-802, dez. 2012. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/16100/13343>>. Acesso em: 26 set. 2016.

SOUZA, JF. “Sistematização da experiência por seus próprios sujeitos”. In **Tópicos Educacionais**. Recife-PE: UFPE, Centro de Educação, Vol. 15, nº1/3, 1997.

SOUZA, KMO; FERREIRA, SD. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n.2, mar. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>.

SOUZA ML, SARTOR VVB, PADILHA MICS, PRADO, ML. O Cuidado de Enfermagem: uma Aproximação Teórica. **Texto Contexto Enferm**. v. 1, n.2, p. 266-70, 2005.

TERRA AAA, DIAS IMÁV, ARAÚJO RCJ, REIS VN. O processo de trabalho da enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 1, p. 55-61, jan./mar. 2011.

THE PITTSBURGH PRESS. "Professional life saver visits Children's Hospital". November 10, 1940.

TRAGANTE CR, CECCON MEJ, FALCÃO, MC. Desenvolvimento dos cuidados neonatais ao longo do tempo. **Pediatria**, São Paulo, v.32, n.2, p.121-30, 2010.

TOURINHO, Carlos Diógenes Côrtes. A consciência e o mundo: o projeto da Fenomenologia Transcendental de Edmund Husserl. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia , v. 15, n. 2, p. 93-98, dez. 2009 . Disponível em <<http://pepsic.bvsalud>.

TOSO, BRGO et. al . Validação de protocolo de posicionamento de recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 68, n. 6, p. 1147-1153, Dec. 2015 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo>.

TURNER M ; CHUR-HANSEN, A ; WINEFIELD, H. The neonatal nurses' view of their role in emotional support of parents and its complexities. **Journal of Clinical Nursing**, Vol.23(21-22), p.3156(10) 2014.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. Relatório do estudo “**Prematuridade e suas possíveis causas**”. 2013. Disponível em: <http://www.unicef.org.br>. Acesso em 22/03/14.

UNIRIO – Universidade do Rio de Janeiro. <http://www.unirio.br/hugg>. acesso em 10 Ago 2016.

VAITSMAN J, ANDRADE G. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde **Ciênc. Saúde Colet.**, v.10, n.3, p.599-613, 2005.

VALE, EG; PAGLIUCA, LMF. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 1, Feb. 2011 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>. acesso em: 13 Oct. 2014.

VASCONCELOS MGL, LEITE AM, SCOCHI CGS. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. **Rev Bras Saúde Mater Infant.** v. 6, n.1, p.47-57, 2006.

VERONEZ M, CORRÊA DAM. A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos Profissionais de enfermagem **Cogitare Enferm**, Paraná, v.15, n.2, p.263-70, Abr/Jun. 2010.

VIANNA, E.C. **Entre poucas prescrições e subversões: o jeitinho de fazer saúde dos agentes comunitários de Manguinhos** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2013.

WALDOW, VR. **Maneiras de cuidar maneiras de ensinar:** a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre, artes médica, 1995, p.17-30.

WALDOW, VR; BORGES, RF. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, Aug. 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo>. access on 14 Oct. 2013.

WALSH WF, MCCULLOUGH KL, WHITE RD. Room for improvement: nurses' perceptions of providing care in a single room newborn intensive care setting. **Advances in Neonatal Care**, v. 6, n. 5, p.261–270, October, 2009.

WHO (World Health Organization). **The Global Action Report on Preterm Birth: Born Too Soon**. Washington; 2012.

ZUBEN, NA. A Fenomenologia como retorno à ontologia em Martin Heidegger. **Trans/Form/Ação**, Marília, v.34, n.2, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 22 Out. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde



Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: **O cuidado dos profissionais de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal.** A mesma tem como objetivo: **Desvelar o sentido do cuidado dos profissionais de enfermagem no cotidiano da UTIN.** Isto é, através de sua participação haverá a possibilidade de compreender como os profissionais da UTIN significam o cuidado realizado.

Você foi selecionado (a) por fazer parte da equipe de enfermagem desta unidade e assim ser um importante colaborador nessa pesquisa. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

A sua participação na pesquisa trará **benefícios** indiretos, pois os resultados trarão contribuições que beneficiarão tanto a prática assistencial, quanto de ensino e de gestão. E na perspectiva da pesquisa favorecerá o aumento conhecimento científico no âmbito do cuidado em UTIN, contribuindo com o desenvolvimento e aprimoramento de ações que visem o cuidado na UTIN. Além disso, sua participação revelando significados do seu dia-a-dia profissional pode provocar reflexões a cerca do seu cotidiano. A pesquisa poderá proporcionar como **risco** algum desconforto emocional ao relatar situações vividas no cotidiano do cuidado neonatal. Caso ocorra alguma situação dessa natureza, o pesquisador poderá pausar, encerrar ou dar continuidade a entrevista de acordo com aquiescência do participante.

Sua participação não será remunerada, em caso de necessidade de ressarcimento de valor de transporte para deslocamento até o local da entrevista, o mesmo será realizado pela pesquisadora, mediante acordo prévio.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a algumas perguntas sobre o cuidado por você realizado na UTIN, a mesma se dará em forma de uma conversa entre você e a pesquisadora (eu), e ocorrerá em um local acordado previamente, preparado de forma a acomodá-lo (a) da melhor maneira possível. Nosso encontro ocorrerá em um único momento, inicialmente farei a leitura desse termo e tirarei alguma dúvida que por ventura você necessite, a seguir realizarei algumas perguntas referentes aos dados de identificação e da carreira profissional. Após iniciarmos uma conversa onde gostaria de ouvir um pouco sobre o cuidado realizado, este momento terá a duração que considerarmos suficiente. Essa conversa será registrada em áudio, por aparelho tipo MP4.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Rubrica do pesquisador _____ Rubrica do participante _____

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Desde já agradecemos!

Ívis Emília de O. Souza

Rita de Cássia de Jesus Melo

Escola de Enf. Anna Nery/UFRJ Cel: e-mail

Doutoranda Cel: e-mail 985474774

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – UFRJ Comitê de Ética e Pesquisa

Rua Afonso Cavalcanti N° 275 – Praça Onze

Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228 - www.eean.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO- UFF Comitê de Ética e Pesquisa

Rua Marquês do Paraná, 303 4º andar, prédio anexo ao HUAP.

Tel: (21) 26299189 – www.cep.uff.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO – UERJ - Comitê de Ética e Pesquisa

Boulevard 28 de setembro, 77 Vila Isabel /RJ.

Térreo HUPE Tel: 28688253 – cep-hupe@uerj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE – UNIRIO - Comitê de Ética e Pesquisa

Rua Mariz e Barros, 775 Tijuca/RJ.

Tel: 22645177/22645366 – cephugg@gmail.com

MATERNIDADE-ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Comitê de Ética e Pesquisa

Rua das Laranjeiras, 180 Laranjeira/RJ.

Tel:(21) 22240-003/ (21) 2205-9064 - cep@me.ufrj.br

“O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado.”

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____, ____ de _____ de 2015.

Participante da Pesquisa: _____
(Nome Completo da Participante)

(Assinatura)

APÊNDICE B

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE DOUTORADO**

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

DATA DA ENTREVISTA: _____/_____/_____.

IDENTIFICADOR: _____.

CENÁRIO/HOSPITAL: _____.

NOME: _____.

IDADE: _____.

ESTADO CIVIL: _____.

NÚMERO DE FILHOS: _____.

NÍVEL DE INSTRUÇÃO: _____.

TEMPO DE FORMADO: _____.

CATEGORIA PROFISSIONAL: _____.

CURSO DE CAPACITAÇÃO: _____.

PÓS-GRADUAÇÃO: _____.

CATEGORIA QUE EXERCE NA UTIN: _____.

FUNÇÃO QUE O EXERCE NA UTIN: _____.

TEMPO DE ATUAÇÃO NA UNIDADE: _____.

REGIME DE TRABALHO NA UNIDADE: _____.

TURNO DE TRABALHO NA UNIDADE: _____.

TIPO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO NA UNIDADE: _____.

OUTROS EMPREGOS: _____.

ESCREVA EM POUCAS PALAVRAS COMO É PARA VOCÊ O CUIDADO NEONATAL NA UNIDADE QUE TRABALHA.

APÊNDICE C

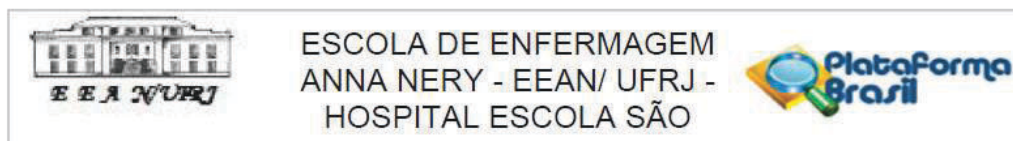
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE DOUTORADO**

ROTEIRO DE ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA.**QUESTÕES NORTEADORAS**

- 1- Como é para você o cuidado na UTIN?**
- 2- Como você desenvolve esse cuidado?**
- 3- Como você *significa* esse cuidado no cuidado?**
- 4- Qual é o seu envolvimento/como você se envolve nesse cuidado?**

ANEXOS

ANEXO 1



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Pesquisador: RITA DE CÁSSIA DE JESUS MELO

Versão: 3

CAAE: 43939015.8.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 029947/2015

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2293-8148 E-mail: cepeeahesfa@gmail.com

ANEXO 2

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE/ FM/ UFF/ HU



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Pesquisador: RITA DE CÁSSIA DE JESUS MELO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43939015.8.3003.5243

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.137.925

Data da Relatoria: 03/07/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Tese, cuja Universidade Federal Fluminense é co-participante. Em sua introdução descreve que dentre diversas necessidades de assistência de saúde, esse estudo se detém na área neonatal, especificamente no cuidado em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). No que diz respeito ao cuidado com o recém-nascido, grandes transformações oriundas do processo de desenvolvimento científico e tecnológico foram evidenciadas, o advento de novas tecnologias e a criação de unidades de tratamento/terapia intensiva/a neonatal (UTIN) ampliaram a complexidade e abrangência desse cuidado. Assim, manter a vida de bebês prematuros e/ou que necessitassem de cuidados intensivos não era o bastante, assim foram investidas ações para redução das sequelas possíveis em seu desenvolvimento, investindo em conhecimentos não somente de elementos biológicos e fisiopatológicos, mas também nos aspectos psicossociais envolvidos, as consequências que o ambiente e as novas tecnologias poderiam trazer para o desenvolvimento e conseqüentemente, para a qualidade de vida do recém-nascido e de sua família. Nessa perspectiva, a enfermagem que tem como objeto do seu cotidiano de trabalho, o cuidado de enfermagem, busca constituir um corpo de conhecimentos que subsidie o seu fazer profissional. É a enfermagem a categoria que no ambiente das UTIN está mais próxima do bebê e de sua família, tornando-se um elo imprescindível no cuidado. Embora as atuais políticas públicas

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
 Bairro: Centro CEP: 24.030-210
 UF: RJ Município: NITERÓI
 Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE/ FM/ UFF/ HU



Continuação do Parecer: 1.137.925

voltadas para a saúde materno-infantil no país já datam aproximadamente uma década, sua execução ainda não é exercida de modo satisfatório, sendo evidenciados alguns obstáculos, apontando para a necessidade de aperfeiçoamento e de investimento na formação e capacitação de recursos humanos em saúde com redução das iniquidades. No cotidiano de cuidado da UTIN, observo que embora se tenha instituído normas e rotinas, os profissionais muitas vezes não as priorizam, o que possibilita gerar um cuidado ineficiente. Interessada na compreensão desse fenômeno, a fim de colaborar com as evidências já existentes, busco compreender como se mostra o cuidado na significação do profissional de enfermagem de UTIN. Assim, foi traçado como objetivo desse estudo: Desvelar o sentido do cuidado dos profissionais de enfermagem no cotidiano da UTIN. O estudo se justifica por buscar conhecer e compreender no âmbito das práticas do cuidado neonatal, a interseção entre a posição prévia estabelecida no cuidado neonatal e a visão dos profissionais de enfermagem no cuidado na UTIN, assim evidenciando-se uma concepção prévia, uma vez que os estudos de enfermagem voltados para a humanização do cuidado, ainda apontam a necessidade de maiores evidências que fortaleçam, complementem e integrem bases para uma prática segura e humanizada, de forma a acompanhar o acelerado desenvolvimento e investimento que vem ocorrendo na área neonatal. O estudo será desenvolvido em uma abordagem de natureza qualitativa, baseado no referencial teórico da fenomenologia e no método hermenêutico heideggeriano. O cenário do estudo serão as UTIN dos hospitais universitários do estado do Rio de Janeiro, sendo um total de 04 unidades. Os participantes serão os profissionais que compõem as equipes de enfermagem das UTIN (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem). A coleta de dados dar-se-á através de entrevista fenomenológica, conduzida pelo pesquisador, baseada nas seguintes questões norteadoras: Como é para você cuidar na UTIN? Como você desenvolve o cuidado? Como é o seu envolvimento no cuidado? O que este cuidado significa para você? De acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em suas considerações, esta pesquisa se propõe a respeitar os direitos do participante em sua dignidade e autonomia, assegurando sua vontade, confidencialidade e privacidade. Respeitando seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos. Será esclarecido o objetivo, método, benefícios e prováveis riscos do estudo. Os dados serão analisados através do método fenomenológico heideggeriano, o qual se compõe em dois momentos metodológicos. No primeiro a compreensão vaga e mediana e no segundo a análise interpretativa ou hermenêutica.

Critério de Inclusão:

Profissionais da equipe de enfermagem lotados na UTIN, enfermeiros, técnicos de enfermagem e

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
 Bairro: Centro CEP: 24.030-210
 UF: RJ Município: NITERÓI
 Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@wm.uff.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE/ FM/ UFF/ HU



Continuação do Parecer: 1.137.925

auxiliares de enfermagem que estejam exercendo suas atividades no período da coleta de dados.

Critério de Exclusão:

Profissionais da equipe de enfermagem que não estejam desenvolvendo suas atividades laborais no período da entrevista por motivo de licença, férias e afastamentos afins.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desvelar o sentido do cuidado dos profissionais de enfermagem no cotidiano da UTIN.

Objetivo Secundário:

Compreender o significado do cuidado dos profissionais de enfermagem no cotidiano da UTIN.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco da pesquisa está na possibilidade do participante no transcorrer da entrevista apresentar algum desconforto emocional ao relatar situações vividas no cotidiano do cuidado neonatal. Caso ocorra, o pesquisador poderá pausar, encerrar ou dar continuidade a entrevista de acordo com a quiescência do participante.

Benefícios:

A pesquisa trará como benefício a possibilidade de compreender como os profissionais de enfermagem de UTIN significam o cuidado realizado no seu cotidiano, e assim, aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem neonatal. Os resultados trarão contribuições que beneficiarão tanto a prática assistencial, quanto de ensino e de gestão. Além disso a participação revelando significados do dia-a-dia profissional poderá provocar reflexões a cerca do seu cotidiano que por vezes passam obscuras e despercebidas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem delimitado, contém as etapas de um projeto de pesquisa, com contribuições a prática social da enfermagem. Declara os mecanismos de proteção do paciente, com análise dos riscos e benefícios.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro CEP: 24.030-210
UF: RJ Município: NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE/ FM/ UFF/ HU



Continuação do Parecer: 1.137.925

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

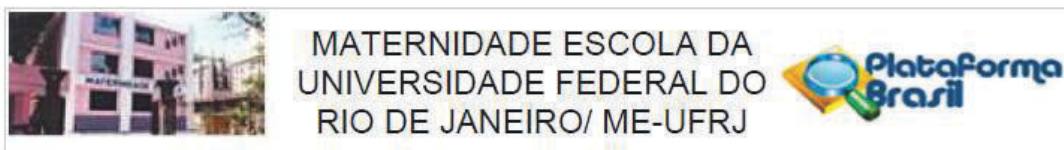
NITEROI, 03 de Julho de 2015

Assinado por:

ROSANGELA ARRABAL THOMAZ
(Coordenador)

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro CEP: 24.030-210
UF: RJ Município: NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br

ANEXO 3



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Pesquisador: RITA DE CÁSSIA DE JESUS MELO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43939015.8.3002.5275

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.125.978

Data da Relatoria: 26/06/2015

Apresentação do Projeto:

No cotidiano de cuidado da UTIN, observa-se que embora se tenha instituído normas e rotinas, os profissionais muitas vezes não as priorizam, o que possibilita gerar um cuidado ineficiente. Interessada na compreensão desse fenômeno, a fim de colaborar com as evidências já existentes, busca-se compreender como se mostra o cuidado na significação do profissional de enfermagem de UTIN. Assim, foi traçado como objetivo desse estudo: Desvelar o sentido do cuidado dos profissionais de enfermagem no cotidiano da UTIN.

Objetivo da Pesquisa:

Desvelar o sentido e significações atribuídos ao cuidar para os profissionais de enfermagem no cotidiano da UTIN.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

não apresenta riscos, pode causar apenas um moderado desconforto ao responder as perguntas do entrevistador

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante porque O estudo busca conhecer e compreender, no âmbito das práticas do cuidado neonatal, a compreensão das prescrições feitas aos cuidadores acerca das tarefas voltadas para o cuidado neonatal e a visão dos profissionais de enfermagem no cuidado na UTIN. Uma

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
 Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2556-9747 Fax: (21)2205-9064 E-mail: cep@me.ufrj.br



**MATERNIDADE ESCOLA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ**



Continuação do Parecer: 1.125.978

análise necessária para buscar maiores evidências que fortaleçam, complementem e integrem bases para uma prática segura e humanizada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem observações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

1) De acordo com o item VII.13.d, da Resolução CNS n.º 466/12, o pesquisador deverá apresentar relatório anuais (parciais ou finais, em função da duração da pesquisa).

2) Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas, com justificativa, ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada.

RIO DE JANEIRO, 26 de Junho de 2015

Assinado por:
Ivo Basílio da Costa Júnior
(Coordenador)

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-003

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2556-9747

Fax: (21)2205-9064

E-mail: cep@me.ufrj.br

ANEXO 4

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFREE E
GUINLE/HUGG/UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Pesquisador: RITA DE CÁSSIA DE JESUS MELO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43039015.8.3001.5258

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.164.608

Data da Relatoria: 30/07/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto multicêntrico envolvendo equipe de enfermagem de UTIN de hospitais de ensino, sendo três federais e um estadual, qualitativo, baseado no referencial teórico da fenomenologia de Martin Heidegger e no método hermenêutico heideggeriano.

As entrevistas serão gravadas e conduzidas pelo pesquisador com a historiografia de cada um e questões de preestabelecidas (Como é para você o cuidado na UTIN? - Como você desenvolve esse cuidado? - Como você significa esse cuidado? (Qual é o seu envolvimento/ como você se envolve nesse cuidado?)) em ambiente preparado para tal e com um diário de campo onde o pesquisador registrará as expressões faciais, gestuais, silêncios e pausas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desvelar o sentido do cuidado dos profissionais de enfermagem no cotidiano da UTIN.

Objetivo Secundário:

Compreender o significado do cuidado dos profissionais de enfermagem no cotidiano da UTIN.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Com riscos de desconforto emocional a entrevista em si e pelos gerados por lembranças de situações vividas no dia a dia dos cuidados e com benefícios de poder compreender como os

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
 Bairro: Tijuca CEP: 22.270-004
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)1264-5317 Fax: (21)1264-5177 E-mail: cephugg@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFREE E
GUINLE/HUGG/UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.154.606

profissionais de enfermagem UTIN se dão ao realizar os cuidados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante, de natureza qualitativa que permite estudar a fundo o sentimento do cuidador nos cuidados da UTIN.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atendendo a 486/12.

Recomendações:

Não necessárias.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

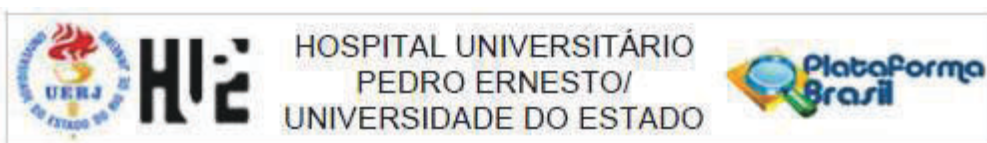
Considerações Finais a critério do CEP:

RIO DE JANEIRO, 30 de Julho de 2015

Assinado por:
Pedro Eder Portari Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
Bairro: Tijuca CEP: 22.270-004
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)1264-5317 Fax: (21)1264-5177 E-mail: cephugg@gmail.com

ANEXO 5



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Pesquisador: RITA DE CÁSSIA DE JESUS MELO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43939015.8.3004.5259

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.201.182

Apresentação do Projeto:

Projeto bem estruturado apresentando todas informações necessárias para avaliação ética.

Objetivo da Pesquisa:

Foram apresentados os objetivos para avaliação da pesquisa.

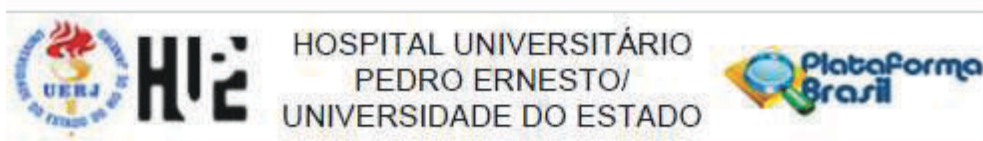
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Prezado pesquisador: Caracteriza-se como risco direto para os sujeitos da pesquisa a possibilidade de desconforto ou constrangimento no momento do preenchimento dos questionários. Os pesquisadores devem se comprometer a minimizar os riscos ou desconfortos que possam vir a ser causados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de grande relevância para a categoria de enfermagem. Foram avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil e as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos eminentes ao participante de pesquisa envolvido.

Endereço: Avenida 25 de Setembro 77 - Térreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2868-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br



Continuação do Parecer: 1.201.182

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos de apresentação obrigatória foram enviados a este Comitê, estando dentro das boas práticas e apresentando todos os dados necessários para apreciação ética.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O trabalho pode ser realizado da forma como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO.

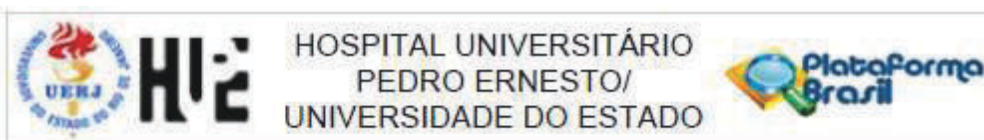
Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao Pesquisador: 1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas. 2. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes. 3. O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que encaminhe relatórios parciais e anuais referentes ao andamento da pesquisa ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Folha de Rosto	folha de rosto.pdf	09/04/2015 13:24:23		Aceito
Outros	CurriculoIvris Emilia de Oliveira Souza.pdf	10/04/2015 10:21:55		Aceito
Outros	CurriculoRita de Cássia de Jesus Melo.pdf	10/04/2015 10:22:31		Aceito
Outros	Orçamento.pdf	10/04/2015 10:25:07		Aceito
Outros	Declaração negativa de custo.pdf	10/04/2015 10:25:53		Aceito
Outros	Encaminhamento ao Cep.pdf	10/04/2015 10:26:27		Aceito
Outros	Cronograma.pdf	10/04/2015 10:27:18		Aceito

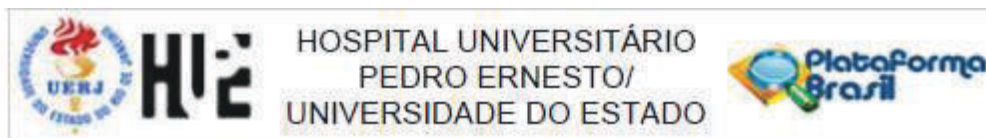
Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefons: (21)2868-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br



Continuação do Parecer: 1.201.182

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta de Anuencia HUAP.pdf	10/04/2015 10:29:13		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta de Anuencia HUGG.pdf	10/04/2015 10:30:07		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo de Autorização Franciane.pdf	10/04/2015 10:30:34		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO DE AUTORIZAÇÃO HUGG1.pdf	10/04/2015 10:30:55		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta de Anuencia Maternidade..pdf	10/04/2015 10:32:23		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo de autorização HUPE.pdf	10/04/2015 10:33:12		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo de Consentimento HUPE.pdf	10/04/2015 10:33:29		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Vínculo de Pesquisa HUPE.pdf	10/04/2015 10:33:48		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_481280.pdf	10/04/2015 10:40:54		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta de Anuencia HUAP.pdf	13/04/2015 14:20:59		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_481280.pdf	13/04/2015 14:35:25		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_481280.pdf	11/05/2015 10:59:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO HUPE.pdf	09/06/2015 10:07:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO PDF.pdf	09/06/2015 10:12:55		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO NA INTEGRA ATUALIZADO PDF.pdf	09/06/2015 10:48:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO HUAP.pdf	09/06/2015 10:49:23		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.pdf	09/06/2015 10:49:44		Aceito

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Terreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2868-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br



Continuação do Parecer: 1.201.182

Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.pdf	09/08/2015 10:49:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO HUPE.pdf	09/08/2015 10:49:59		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO HUGG.pdf	09/08/2015 10:50:22		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MATERNIDADE.pdf	09/08/2015 10:50:36		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_481280.pdf	09/08/2015 10:52:31		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 26 de Agosto de 2015

Assinado por:
DENIZAR VIANNA ARAÚJO
(Coordenador)

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2868-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br