

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

MÁRCIA JULIANE PATRÍCIA HERTEL ROVARIS

**RECÉM-NASCIDO SUBMETIDO AO CATETER CENTRAL DE
INSERÇÃO PERIFÉRICA (CCIP): A EXPERIÊNCIA DA
FAMÍLIA E AS CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA**

**Florianópolis
2010**

MÁRCIA JULIANE PATRÍCIA HERTEL ROVARIS

**RECÉM-NASCIDO SUBMETIDO AO CATETER CENTRAL DE
INSERÇÃO PERIFÉRICA (CCIP): A EXPERIÊNCIA DA
FAMÍLIA E AS CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Marisa Monticelli
Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

**Florianópolis
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

R873r Rovaris, Márcia Juliane Patrícia Hertel
Recém-nascido submetido ao Cateter Central de Inserção
Periférica (CCIP) [dissertação] : a experiência da família
e as contribuições da enfermeira / Márcia Juliane Patrícia
Hertel Rovaris ; orientadora, Marisa Monticelli. -
Florianópolis, SC, 2010.
302 p. : quadros

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem Neonatal. 3. Recém-
nascidos. 4. Cateterismo venoso periférico. 5. Cateter
venoso central. 5. Terapia intravenosa. I. Monticelli,
Marisa. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

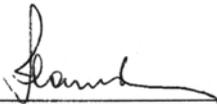
MÁRCIA JULIANE PATRÍCIA HERTEL ROVARIS

**RECÉM-NASCIDO SUBMETIDO AO CATETER CENTRAL DE
INSERÇÃO PERIFÉRICA (CCIP): A EXPERIÊNCIA DA
FAMÍLIA E AS CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela
Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

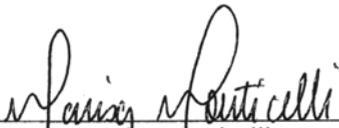
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 28 de maio de 2010, atendendo às normas da legislação
vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-
graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e
Sociedade.



Dra Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Marisa Monticelli
Presidente



Dra. Evangelia K. A. dos Santos
Membro



Dra. Maria Emília de Oliveira
Membro

*Ao meu esposo Alfredo Júnior e ao meu
adorável filho Vítor Augusto por se
constituírem diferentemente enquanto
pessoas, igualmente belos e
admiráveis em essência, estímulos
que me impulsionaram a buscar
vida nova a cada dia.*

AGRADECIMENTOS

“A noite abre as flores em segredo e deixa que o dia receba os agradecimentos.” Por isso, neste momento, quero compartilhar meus sinceros agradecimentos a todos que estiveram junto comigo nesta caminhada, me dando a mão e em algumas vezes me carregando no colo, mostrando-se presente nos momentos em que achava que não iria chegar até aqui.

Primeiramente à Deus, ser superior que busquei muitas vezes para me consolar diante de minhas fraquezas e ineficiências, pela sua força divina que envolvia meu ser, me renovando e revigorando minha alma e fortalecendo meu corpo para as conquistas diárias. Sem ele, a vida não tem graça, não tem sentido.

Agradeço imensamente à minha orientadora, Dr^a Marisa Monticelli por todo seu saber intelectual compartilhado, pelas sugestões, pelo seu grande olhar científico, que me fez crescer tanto pessoalmente quanto profissionalmente, mostrando o verdadeiro rigor da ciência e da essência da vida. Obrigada por acreditar e não ter desistido em mim nos momentos em que meu desânimo e angústias tomavam conta de mim. Jamais vou esquecer de suas palavras: “para conhecer a essência das pessoas é preciso compreendê-las...”

Aos meus pais, Irineu e Maria Durcia (in memoriam) que, enquanto estavam aqui neste mundo, me ensinaram que o amor, o respeito e a compreensão são sentimentos valiosos que fazem do ser humano um ser especial. Vocês fazem muita falta, sinto muitas saudades! Aos meus irmãos, Dalton, Kátia e Douglas e minhas cunhadas Natali e Márgara, sobrinhos Gustavo, Helena, Miguel e Arthur, desculpem pela ausência nos momentos especiais de encontros familiares, a falta de tempo, obrigado pelos momentos de diálogos, pelo carinho, incentivo, compreensão e ajuda em mais este desafio. Obrigada por todos os cuidados de vocês frente aos muitos descuidos meus.

Ao meu esposo Alfredo Júnior, que cuidou de mim com dedicação e amor nos momentos tumultuados que ocorreram nesta trajetória, cuidando do nosso amado filho, dando suporte e estando sempre presente. Obrigado por ter aceito se privar de minha

companhia pelos estudos, concedendo a mim a oportunidade de me realizar ainda mais.

Ao meu pequeno filho Vítor Augusto, razão da minha vida, criança linda que muitas vezes ficou sem os cuidados maternos. Desculpe pelos momentos de ausência que não podia brincar com você e dar a atenção que você tanto merecia... a mamãe te ama muito!

Aos meus sogros Neiva e Alfredo que, mesmo distante, estavam sempre me apoiando, incentivando e se preocupando constantemente com o meu bem-estar durante esta jornada intensa de estudos. Obrigada por fazerem parte da minha vida de uma maneira tão especial.

Aos profissionais que participaram deste trabalho, pela parceria estabelecida, pela disponibilidade, interesse e apoio constante durante e após nossos encontros, por partilhar comigo seus conhecimentos, experiências e sentimentos e especialmente o desejo de mudança.

Aos recém-nascidos e famílias, objetivo maior deste estudo, que me motivam no cotidiano da assistência a pensar, refletir, criar e recriar e que me possibilitam a cada novo encontro “ser mais”.

Às pessoas que compõe a equipe de saúde da Unidade de Terapia Intensiva Neonatologia da Maternidade Darcy Vargas, em Joinville-SC, de modo especial à enfermeira Cíntia, por me ajudar a superar este e tantos outros desafios, estando sempre do meu lado, disponibilizando seu “ombro amigo” nos momentos de dificuldades, me incentivando e dando força para enfrentar obstáculos e por compartilhar comigo a maravilhosa experiência de cuidar do recém-nascido e família.

Meu reconhecimento também a colega enfermeira Sandra Regina Medeiros de Oliveira que me apoiou, incentivou com palavras de otimismo nos momentos em que o cansaço e o desânimo tomavam conta de mim.

À minha turma do Mestrado 2008, pela convivência saudável e contribuições, em especial as colegas e enfermeiras Eliana, Karine e Michele, pelos momentos de alegrias e as tarde de boas conversas durante os cafés. Vocês são especiais e jamais me esquecerei, pois esses pedacinhos de tempo em que estivemos juntas foram muito importantes para mim. Obrigada por fazerem parte da minha vida!

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa da Mulher e do Recém-nascido – GRUPESMUR que contribuíram com importantes discussões com um novo pensar em Enfermagem.

À Professora Dra Maria Emília Oliveira, pelo carinho, palavras de incentivo e atenção nos momentos em que eu mais precisava.

Às Professoras Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, Dra. Odaléa Maria Brüggemann, Dra. Kenya Schmidt Reibnitz, componentes da banca examinadora, pela disponibilidade e contribuições.

À Enfa Marialda Martins, pela disponibilidade e participação nas leituras da dissertação, que muito ajudaram na qualificação deste texto.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação, em especial à Claudia e Francini, pela disponibilidade e pronta atenção.

ROVARIS, Márcia Juliane Patrícia Hertel. **Recém-nascido submetido ao Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP):** a experiência da família e as contribuições da enfermeira. 2010. 302 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Dra. Marisa Monticelli

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

RESUMO

Trata-se de Pesquisa Convergente-Assistencial desenvolvida no cenário neonatal, em uma maternidade pública no sul do Brasil. Teve como objetivos compreender a experiência da família dos recém-nascidos submetidos ao Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP) e identificar a maneira como a enfermeira auxilia a família, contribuindo para o bem-estar e o estar melhor, durante o processo de implantação do CCIP. O referencial que sustentou o estudo foi a Teoria Humanística de Paterson e Zderad. Os participantes foram cinco famílias de recém-nascidos submetidos ao CCIP. A coleta de dados foi realizada de fevereiro a junho de 2009, através do diálogo vivido com as famílias e seus recém-nascidos, durante a operacionalização da Enfermagem Fenomenológica, que englobou as etapas pré, trans e pós-inserção do cateter. As informações obtidas foram analisadas através de sínteses e comparações. Desta análise emergiram três unidades de significado relacionadas com o primeiro objetivo, quais sejam: 1) É preciso (sobre)viver para ser mais e estar-melhor: o ser família diante da necessidade de instalação do CCIP; 2) É preciso estar por perto, seja do jeito que for; e 3) Participar dos cuidados contribui para atribuir significado à experiência, e três unidades de significado relacionadas ao segundo objetivo, ou seja: 1) A enfermeira na pré-inserção do CCIP; 2) A enfermeira na trans-inserção do CCIP; 3) A enfermeira na pós-inserção do CCIP. A experiência da família envolve um gradiente que inicia com sentimentos de perplexidade e tristeza diante da necessidade de submissão do recém-nascido a um procedimento que é considerado invasivo e de alta complexidade. Após, a família experimenta sentimentos que revelam conformidade com a situação e utilizam-se da espiritualidade como instrumento de superação dos medos e angústias.

Quando se aproxima o momento da primeira inserção, reagem com surpresa e inquietude diante do convite para participação direta no procedimento. No momento da trans-inserção, decidem que é preciso estar por perto do recém-nascido, seja do jeito que for, pois entendem a própria presença como um ato de cuidado. Durante a manutenção do cateter, interessam-se pelos cuidados e, progressivamente, acabam incorporando sentimentos de segurança e controle, apesar das complicações a que a criança está sujeita. A possibilidade de escolher as formas de participação no cuidado ao recém-nascido faz com que a família se sinta fortalecida para ultrapassar o período difícil e encontrar significados positivos na experiência. A enfermeira neonatal auxilia a família a ser-mais e estar-melhor durante todo o processo, desenvolvendo o diálogo vivido como uma poderosa ferramenta que a habilita a perceber a família por inteiro, a estar-com-a-família-sem-máscaras, a mostrar-se disponível e interessada nos movimentos de chamar/responder, a aprender a singularizar cuidados, bem como a envolver a família no cuidado, desde a pré-inserção, até a etapa de pós-inserção do cateter. Conclui-se que tanto a família quanto a enfermeira saem fortalecidas do processo, fazendo com que a experiência de ambos seja potencializada em direção ao estar melhor. Além de concretizar o direito das famílias e viabilizar, na prática, a inclusão social, a Enfermagem Fenomenológica ajuda famílias e enfermeira a encontrarem significados na experiência.

Palavras-chave: Enfermagem neonatal; Recém-nascido; Cateterismo venoso periférico; Cateter venoso central; Terapia intravenosa.

ROVARIS, Márcia Juliane Patrícia Hertel. **Newborn submitted to Peripherally Inserted Central Catheters:** the experience of family and the contributions of the nurse. 2010. 302 f. Dissertation (Masters in Nursing) - Post-graduate Program in Nursing, Santa Catarina Federal University, Florianopolis, 2010.

Advisor: Dr. Marisa Monticelli

ABSTRACT

This is Convergent-Care Research developed in the neonatal unit of a public maternity hospital in the south of Brazil. The objective is to understand the experience of the families of the newborns that undergo Peripherally Inserted Central Catheter (PICC) placement and identify the nurse's role in assisting the family, contributing to their well-being and improving their well-being during the process of PICC placement. The framework that supported the study was the Humanistic Theory of Paterson and Zderad. The participants were five families of newborns subject to PICC placement. Data was collected from February 2009 until June 2009, through live dialogue with the families and their newborns during Phenomenological Nursing operationalization, which included the pre, during and post-insertion stages of catheter placement. The information obtained was analysed in synthesis and comparisons from the data. Of this analysis three important factors emerged in relation to the first objective, which are: 1) It is necessary to (survive) live to be more and be better: the family "being" facing the necessity of PICC placement; 2) It is necessary to be close by, in whatever way; and 3) Participating in care helps to give meaning to the experience. And three important factors related to the second objective, that is: 1) The nurse in the pre-placement of the PICC; 2) The nurse in the trans-placement of the PICC; 3) The nurse post-placement of the PICC. The family's experience involves a gradient, which starts with feelings of confusion and sadness when faced with the fact that the newborn needs to undergo a procedure considered to be highly-complex and invasive. Later, the family experiences feelings of acceptance of the situation and uses spirituality as a means of overcoming their fears and anguish. When the moment of the initial placements draws near, they react with surprise and concern to the invitation to directly participate in the procedure. And at the trans-insertion moment, they decide that it is necessary to be close to the newborn, in whatever way possible, since they understand

that their simple presence is a form of care. During maintenance of the catheter, they become interested in the care needs and progressively begin to incorporate feelings of security and control, in spite of the complications that the child may be subject to. The possibility of choosing their form of participation in the care of the newborn makes the family feel strong enough to get through this difficult period and find positive meaning in the experience. The neonatal nurse helps the family to be more and be better during the whole process, developing live dialogue as a powerful tool to enable perception of the family as a whole, to be with the family without masks, to show availability and interest when called/answering, to learn to individualize care, as well as to involve the family in the care from the pre-insertion to the post-insertion stage. In conclusion, not only the family, but also the nurse comes out of the process stronger, making the experience of both driven towards a better state of well-being. In addition to concretizing the rights of the family and enabling, in practice, social inclusion, Phenomenological Nursing helps families and nurses to find meaning in the experience.

Keywords: Neonatal nursing; Newborn; Catheterization central venous; Central venous catheter; Intravenous therapy.

ROVARIS, Márcia Juliane Patrícia Hertel. **Recién nacidos sometidos a catéter central de inserción periférica (PICC):** una experiencia de la familia y las contribuciones de la enfermera. 302p. 304 f. Disertación. (Maestría en Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Dra. Marisa Monticelli

RESUMÉN

Se trata de una Investigación Convergente Asistencial desarrollada en una unidad neonatal, de una maternidad pública del sur de Brasil. El estudio tuvo como objetivo comprender la experiencia de las familias de los recién nacidos sometidos a Catéter Central de Inserción Periférica (PICC) y determinar cómo la enfermera ayuda a la familia durante el proceso de aplicación del PICC, contribuyendo a su bienestar y a sentirse mejor durante el proceso de colocación del PICC. El marco teórico que apoyó el estudio fue la Teoría Humanística de Paterson y Zderad. Los participantes fueron cinco familias de los recién nacidos sometidos al PICC. La recolección de datos se llevó a cabo entre febrero y junio de 2009, a través del diálogo vivido con las familias y sus recién nacidos durante la puesta en práctica de la Enfermería Fenomenológica, que incluyó las siguientes etapas: antes, durante y después de la inserción del catéter. Los datos obtenidos fueron analizados en función de cuatro procesos genéricos: la recopilación, síntesis, teorización y transferencia. Este análisis reveló tres unidades de significado en relación con el primer objetivo, a saber: 1) Es necesario (sobre) vivir para ser más y sentirse mejor: la familia se enfrenta a la necesidad de colocar el PICC; 2) Es necesario estar cerca, de la manera que sea; y 3) Participar del cuidado ayuda para asignar significado a la experiencia. El análisis también reveló tres unidades de significado relacionadas con el segundo objetivo, a saber: 1) La enfermera antes de la inserción del PICC; 2) La enfermera durante la inserción del PICC; 3) La enfermera después de la inserción del PICC. La experiencia de la familia implica un gradiente que comienza con un sentimiento de desconcierto y tristeza por la necesidad de ingreso del recién nacido a un procedimiento que se considera invasivo y de alta complejidad. Después, la familia vive sentimientos que revelan conformidad con la situación y hace uso de la espiritualidad como un medio para superar los miedos y ansiedades.

Cuando se acerca el momento de la primera inserción, reacciona con sorpresa y preocupación por la invitación a participar directamente en el procedimiento. En el momento de la inserción, la familia decide que necesita estar cerca del recién nacido, ya que de esa forma ve su presencia como un acto de cuidado. Durante el mantenimiento del catéter, la familia se interesa por el cuidado y poco a poco acaba incorporando sentimientos de seguridad y control, a pesar de las complicaciones a que el niño está sujeto. La posibilidad de elegir las formas de participación en el cuidado del recién nacido hace que la familia se sienta capaz de superar el período difícil y encuentre un sentido positivo en la experiencia. La enfermera neonatal ayuda a la familia a ser más y sentirse mejor en todo el proceso, y desarrolla el diálogo vivido como una poderosa herramienta que le permite ver toda la familia, a estar-con-la familia-sin máscaras, a estar disponible e interesada en los movimientos de llamada y respuesta, aprender a particularizar el cuidado e involucrar a la familia en el cuidado, desde antes de la inserción, hasta la etapa posterior a la inserción catéter. Se concluye que la familia y la enfermera se fortalecen en el proceso, y la experiencia vivida por ambas se potencializa en la dirección de ser mejor. Además de realizar el derecho de las familias y facilitar, en la práctica, la inclusión social, la Enfermería Fenomenológica ayuda a las familias y a la enfermera a encontrar un sentido en la experiencia vivida.

Palabras claves: Enfermería neonatal; Recién nacido; Cateterización venosa central; Catéter venoso central; Terapia intravenosa.

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Representação da operacionalização da Pesquisa Convergente-Assistencial da enfermeira com os recém-nascidos submetidos ao Cateter Central de Inserção Periférica e suas famílias.....	116
---	------------

SUMÁRIO

LISTA DE QUADRO.....	19
1 DO TEMA AO PROBLEMA	25
1.1 PROBLEMATIZANDO SOBRE O ACESSO VENOSO DO RECÉM-NASCIDO	29
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	37
2.1 COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO CCIP	38
2.1.1 Problemas mecânicos relacionados ao CCIP	39
2.1.2 Complicações infecciosas relacionadas ao CCIP	45
2.1.3 Substâncias profiláticas para a prevenção de complicações mecânicas e infecciosas relacionadas com o CCIP	50
2.2 AVALIAÇÃO CONTINUADA DO CCIP	55
2.3 A ENFERMEIRA NEONATAL E A PRODUÇÃO TEÓRICA SOBRE O CCIP	63
3 REFERENCIAL TEÓRICO	81
3.1 A TEORIA HUMANÍSTICA DE ENFERMAGEM	82
3.2 MARCO CONCEITUAL	91
3.2.1 Principais pressupostos advindos da Teoria da Enfermagem Humanística	93
3.2.2 Pressupostos pessoais	94
3.2.3 Conceitos inter-relacionados	95
4 METODOLOGIA	101
4.1 O LOCAL E O CONTEXTO DO ESTUDO	102
4.2 OS SUJEITOS PARTICIPANTES	107
4.3 A OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA CONVERGENTE- ASSISTENCIAL POR MEIO DA ENFERMAGEM FENOMENOLÓGICA.....	114
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	120
5 A EXPERIÊNCIA DAS FAMÍLIAS DOS RECÉM-NASCIDOS SUBMETIDOS AO CCIP	125
5.1 É PRECISO (SOBRE)VIVER PARA SER MAIS E ESTAR- MELHOR: O SER FAMÍLIA DIANTE DA NECESSIDADE DE INSTALAÇÃO DO CCIP	125
5.1.1 A perplexidade diante do inesperado: a família em um completo emaranhado de sentimentos.....	125

5.1.2 Tendo de aceitar o procedimento.....	132
5.1.3 “Devo ou não devo?” A reação da família frente ao convite para participar do procedimento.....	137
5.2 É PRECISO ESTAR POR PERTO, SEJA DO JEITO QUE FOR.	141
5.2.1 “E agora que chegou a hora?” A decisão das famílias frente à oportunidade de participar da inserção do CCIP.....	141
5.2.2 A família fazendo parte do procedimento.....	145
5.3 PARTICIPAR DOS CUIDADOS CONTRIBUI PARA ATRIBUIR SIGNIFICADO À EXPERIÊNCIA	151
5.3.1 O alívio da família ao saber que o CCIP foi instalado.....	151
5.3.2 “Quero aprender”: a família ajudando na manutenção do CCIP.....	155
5.3.3 A cada curativo do CCIP uma nova oportunidade de vir-a-ser com o bebê e com a equipe	161
6 A ENFERMEIRA AUXILIANDO A FAMÍLIA NO PROCESSO DO CCIP.....	169
6.1 NA PRÉ-INSERÇÃO DO CCIP.....	169
6.1.1 A enfermeira “percebe” a família por inteiro (o encontro)..	169
6.1.2 A enfermeira está-com-a-família de forma autêntica (o relacionar-se).....	178
6.1.3 A enfermeira mostra-se disponível, receptiva, interessada para acolher a família (a presença)	185
6.1.4 A enfermeira chama-e-responde-com-a-família (chamados/respostas).....	188
6.2 NA TRANS-INSERÇÃO DO CCIP.....	191
6.2.1 A enfermeira continua singularizando os sentimentos da família (o encontro).....	191
6.2.2 A enfermeira envolve a família no cuidado do recém-nascido durante a inserção do CCIP (o relacionar-se)	195
6.2.3 A enfermeira ajuda a equipe a perceber a família (a presença).....	200
6.2.4 A enfermeira fortalece o processo de inclusão da família (chamados/respostas).....	203
6.3 NA PÓS-INSERÇÃO DO CCIP	206
6.3.1 A enfermeira aproxima família e recém-nascido para a vivência da manutenção do CCIP (o encontro).....	206
6.3.2 A enfermeira estimula a família a participar dos cuidados de manutenção do CCIP (o relacionar-se).....	209
6.3.3 A enfermeira mantém-se disponível, receptiva para a família no cuidado de manutenção do CCIP (a presença)	221

6.3.4 A enfermeira utiliza seu potencial profissional para atender os chamados da família (chamados/respostas)	225
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	230
REFERÊNCIAS	235

1 DO TEMA AO PROBLEMA

Nas últimas décadas, os avanços científicos na área perinatal aumentaram de maneira expressiva, contribuindo significativamente na qualificação do atendimento especializado que é realizado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal. Novas evidências diagnósticas e tratamentos foram sendo incorporados, tanto aos cuidados pré-natais, quanto na assistência ao parto, no alojamento conjunto e nas diversas unidades neonatais (LEITE, 2007). Entretanto, as elevadas taxas de mortalidade neonatal nos países pobres ou em desenvolvimento, ainda são motivo de extensa preocupação entre os pesquisadores desta área (CARVALHO; GOMES, 2005).

A mortalidade infantil, em princípio, deve ser vista como um fenômeno evitável, identificador da qualidade dos serviços. Nesse sentido, o acompanhamento das mortes fetais e neonatais hospitalares é um ponto relevante e que necessita de estudos de aproximação dos principais problemas vigentes, pois estes se refletem na oferta e na qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança (PEREIRA, 2006). A mortalidade infantil é passível de prevenção, por isso a importância do monitoramento e o entendimento dos fatores de risco.

Um dos indicadores para avaliar as condições de saúde e, conseqüentemente, a qualidade de vida de uma população é a taxa de mortalidade infantil. Ela é mensurada pelo componente neonatal, que compreende os óbitos ocorridos até 27 dias de vida, e o pós-neonatal ou infantil tardio, que abrange os óbitos ocorridos do 28º dia até um dia antes de completar um ano de vida (WEIRICH; DOMINGUES, 2001).

No Brasil, a taxa de mortalidade infantil vem declinando nos últimos anos. Em uma análise comparativa observou-se que entre o período de 1996 e 2000 a redução da mortalidade foi de 20,5% e entre 2000 e 2004 os índices diminuíram ainda mais, alcançando 15,9%. A região Sul do país apresenta a segunda menor taxa de mortalidade infantil, com uma redução de 12,1%, perdendo apenas para a região Centro-Oeste, que teve redução de 10,8%. No mesmo período, o estado de Santa Catarina, comparado com os demais estados da região Sul, ocupou o segundo lugar, com uma redução de 13,3% da taxa de mortalidade infantil (BRASIL, 2004).

Nos últimos anos, o componente pós-neonatal vem sendo responsável pela maior parte da redução da mortalidade infantil e está relacionado principalmente às causas ligadas a fatores ambientais, tais

como o controle das doenças infecciosas e da desnutrição (PEREIRA, 2006). Entretanto, as mortes neonatais ainda representam a maior parcela dos índices de mortalidade, pois estão ligadas a fatores biológicos, a assistência pré-natal, o parto propriamente dito, assim como as patologias que acometem o recém-nascido (RN). A prevenção destes óbitos, como argumenta Weirich e Domingues (2001), envolve, principalmente, investimentos em serviços hospitalares de tecnologia mais complexa. No Brasil, nos últimos anos, estudos realizados apresentaram indicadores perinatais desfavoráveis, o que demonstra que os serviços destinados à saúde perinatal ainda são precários (LEITE, 2007), apesar dos visíveis esforços da política governamental neste setor.

Diante deste contexto preocupante, uma das metas propostas pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) – compromisso proposto às nações pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano 2000, da qual o Brasil faz parte – é a de reduzir significativamente, até 2015, a taxa de mortalidade infantil. De acordo com Drumond et al. (2007), esta redução depende, principalmente, do componente neonatal precoce, que atualmente é responsável por mais da metade dos óbitos de crianças brasileiras no primeiro ano de vida, e que está estreitamente associado a problemas na atenção à saúde da gestante e do recém-nascido.

Considerando esse panorama, estudos e pesquisas, particularmente na área hospitalar relacionada ao componente neonatal, constituem importantes fontes para a produção do conhecimento sobre o perfil de mortalidade infantil. Alguns estudos epidemiológicos realizados nas últimas décadas, nos países desenvolvidos, demonstraram que a sobrevivência de recém-nascidos, principalmente em condições de risco, aumentou significativamente quando eles foram atendidos nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs) (ZULLINI et al., 1997). Em decorrência disso houve necessidade de maior concentração nos avanços tecnológicos na área de cuidado perinatal, tanto relacionada a equipamentos e procedimentos de alta complexidade, quanto na capacitação e qualificação de profissionais de saúde para atendimento a essa clientela de risco.

O período neonatal é compreendido desde o momento do nascimento até a criança completar 28 dias de vida. Este período é considerado crucial para o recém-nascido, pois o mesmo precisa adaptar-se com sucesso à vida extra-uterina, assumindo as funções vitais que antes eram realizadas pela circulação placentária. É um ser que,

desde o seu primeiro minuto de vida, deve ser observado com extremo cuidado, pois devido à imaturidade fisiológica dos seus sistemas e por não ter resistência e meios de defesa, está particularmente sensível às infecções (PIZZATO, DA POIAN, 1988; MONTICELLI, OLIVEIRA, 2002).

Sabe-se que quanto mais prematuro for o bebê e quanto mais grave for a sua condição clínica, maiores serão as chances de óbito ou de repercussões relacionadas a morbidades atuais e futuras. Se considerarmos que 67% das mortes infantis acontecem durante o período neonatal (KENNER, 2000), a necessidade de atenção especializada neste período se torna cada vez mais relevante. De acordo com Costenaro (2001, p.18), “o número de internações em unidades neonatais tem sido significativamente elevado, uma vez que, em situações diferentes de nascimento, os recém-nascidos necessitam de terapêutica especializada para conseguir sobreviver”.

A prematuridade interfere significativamente para o agravamento deste quadro, uma vez que 65% dos recém-nascidos admitidos em UTINs ou em Unidades Neonatais são prematuros (LEE et al., 2000). A imaturidade fisiológica dos órgãos e sistemas desta população de pacientes exige um suporte intensivo adequado e eficaz no período crítico de adaptação pós-natal. Esta monitorização é extremamente necessária devido às altas taxas de morbidade associadas e à evolução clínica destes recém-nascidos em terapia intensiva. Contudo e, felizmente, a sobrevida desses prematuros tem sido crescente nas últimas décadas, devido à evolução nos cuidados neonatais e a introdução de novas tecnologias como a administração do corticóide antenatal para acelerar a maturidade pulmonar, o uso do surfactante neonatal, a ventilação de alta frequência e o uso de óxido nítrico (HUBNER, RAMIREZ, 2002; MENDES, 2005).

A UTIN constitui-se em um ambiente terapêutico destinado ao tratamento de recém-nascidos de alto risco, com a finalidade de prestar atendimento de qualidade, exigindo de toda a equipe um preparo que sustente a complexidade das atividades desenvolvidas (MARCONDES, 1991). O conhecimento científico e a habilidade técnica são características essenciais para o rigoroso controle das funções vitais, na tentativa de reduzir a mortalidade e de garantir a sobrevivência dos neonatos de risco. Por isso é indispensável o acompanhamento e a atualização dos avanços terapêuticos e tecnológicos nesta área e neste setor hospitalar.

Mendes (2005) alerta para a existência de uma diversidade de

morbidades e complicações observadas durante a internação de recém-nascidos de alto risco nas unidades neonatais, dentre elas, as infecções, as displasias bronco-pulmonares, a hemorragia intracraniana e o pneumotórax. Ressalta que, para cada resultado clínico, existem diferentes combinações de fatores de risco com influências diferentes. Por isso, os recém-nascidos prematuros, quando em cuidados neonatais intensivos, estão expostos a vários eventos adversos, sejam de natureza clínica, como por exemplo, o pneumotórax, ou mesmo de natureza circunstancial, como as extubações acidentais, que influenciam significativamente no processo de evolução clínica e assistencial destes pacientes, o que demonstra a complexidade desse ambiente terapêutico.

De acordo com Halliday, McClire e Reid (1998 apud MENDES, 2005) cinco são os princípios básicos de uma Unidade Neonatal: antecipação, prevenção, detecção, correção precoce e mínimo manuseio. A finalidade desses princípios é dar suporte à vida, monitorando-a num ambiente controlado e estável, com o mínimo de estresse para o recém-nascido de risco. Além disso, todo esforço deve ser feito para atender as necessidades das famílias, de maneira a envolvê-las nos cuidados com os recém-nascidos, uma vez que elas sofrem não apenas o impacto da chegada de um bebê prematuro e/ou em condições graves de saúde, como também, inúmeras repercussões em face das demandas terapêuticas dos recém-nascidos sob tais circunstâncias.

Para a família, o processo que envolve a internação do recém-nascido em uma Unidade Neonatal é permeado por situações complexas e marcantes. O ambiente físico de uma unidade intensiva é, na maioria das vezes, estressante, hostil, não apenas para os recém-nascidos, mas também para as famílias (GOTARDO; SILVA, 2005; OLIVEIRA, 2007). Isto pode relacionar-se ao fato de que para prestar assistência neonatal há necessidade de um grande aparato tecnológico, com o uso de diferentes equipamentos e inúmeros procedimentos invasivos e dolorosos a que o recém-nascido é submetido, causando assim angústia, ansiedade e preocupação na família.

Neste sentido, a enfermagem tem um papel fundamental durante a internação, fornecendo informações sobre as rotinas, os equipamentos, a terapêutica, o estado de saúde, enfim, todos os cuidados que cercam o recém-nascido. Como afirmam Lima, Rocha e Scochi (1999, p. 34), “o fornecimento de certas condições como: presença dos familiares, disponibilidade afetiva da equipe de saúde e informações” podem amenizar os efeitos da internação.

Atualmente, de todos os cuidados especializados prestados aos recém-nascidos, a terapia intravenosa é considerada um dos múltiplos

desafios e preocupações enfrentadas pela equipe de saúde, e também para a família, que acompanha todo o processo de internação do recém-nascido.

Diferentes métodos de cateterismo venoso são utilizados nos cuidados intensivos neonatais, como o cateterismo periférico, umbilical, a flebotomia e, mais recentemente, os Cateteres Centrais de Inserção Periférica (CCIPs), sendo alternativas para a administração de fluidos, medicamentos, Nutrição Parenteral Total (NPT), sangue e seus derivados, entre outros. Entretanto, além das inúmeras vantagens do seu uso, complicações tais como eventos tromboembólicos, flebites e infecções podem ser associadas com o uso de cateteres intravasculares. O CCIP tem sido uma técnica reconhecida como um método de primeira escolha para os prematuros, principalmente quando se trata de acesso venoso central e também devido a sua elevada taxa de inserções bem sucedidas e baixa taxa de retirada por complicações (HERMANSEN; HERMANSEN, 2005). Além disso, a utilização da via periférica para inserção de um cateter central, CCIP, é considerada uma das melhores opções de via de acesso para administrar NPT em recém-nascidos, pela sua segurança e por ser um procedimento de fácil instalação (SOUZA; TESKE; SARNI, 2008).

Os CCIPs têm sido amplamente utilizados em recém-nascidos e lactentes desde a sua introdução mais de três décadas atrás. Este dispositivo de acesso vascular é utilizado como uma opção viável para a infusão de soluções nutritivas, líquidos intravenosos e medicações.

1.1 PROBLEMATIZANDO SOBRE O ACESSO VENOSO DO RECÉM-NASCIDO

O procedimento de punção venosa periférica é uma das práticas consideradas mais difíceis de realizar no recém-nascido, pois, após o nascimento, a limitação da rede venosa é condicionada pelo organismo do bebê, que ainda está em fase de crescimento e desenvolvimento, o que pode contribuir para o aparecimento de sérios transtornos à manutenção da terapia intravenosa (RODRIGUES; CHAVES; CARDOSO, 2006). Assim, a preocupação com a manutenção de um acesso venoso seguro, e que possibilite a instituição da terapêutica com o mínimo de exposição do RN à dor e ao estresse, é considerada imprescindível pela equipe de saúde, já que as interrupções na infusão

de líquidos e eletrólitos devido à perda frequente deste acesso comprometem a eficácia da terapêutica.

Cateteres venosos centrais são dispositivos imprescindíveis na terapia intensiva neonatal. Sem o acesso intravenoso, os recém-nascidos podem sofrer mais e ter uma recuperação mais lenta, prolongando assim o tempo de internação. De fato, bebês prematuros podem até morrer se não receberem rapidamente a terapêutica intravenosa (BARRIA; SANTANDER, 2006).

Nas unidades neonatais existem, rotineiramente, duas possibilidades de acessos venosos para manutenção da terapêutica intravenosa nos recém-nascidos; podendo ser através do cateterismo venoso periférico e/ou do cateterismo venoso central.

O cateterismo periférico é um procedimento onde é realizada a punção de um vaso periférico, geralmente nos membros superiores ou inferiores, para colocação de um cateter curto. Este tipo de acesso está indicado somente quando é previsto um tempo curto de utilização do mesmo. Devido à estrutura anátomo-fisiológica das veias periféricas, esta via não é indicada para infusão de soluções com concentrações muito elevadas. Além disso, as repetidas punções venosas comprometem os vasos periféricos, levando a complicações que podem ser locais ou sistêmicas (RODRIGUES; CHAVES; CARDOSO, 2006).

Já, quando há necessidade de administrar soluções com concentrações altas e infusões rápidas, geralmente associada com a gravidade do quadro clínico do recém-nascido, a obtenção de um acesso venoso central é indicada. Este procedimento pode ser conseguido através do cateterismo umbilical, da flebotomia, ou ainda, pela introdução de um CCIP.

O cateterismo de veia umbilical é o modo classicamente mais utilizado em recém-nascidos, pois permite realizar infusões rápidas e exsanguíneotransfusão. Porém, apresenta um grande risco de obstrução e infecção, além de ser restrito à primeira semana de vida da criança. Outro procedimento realizado é a flebotomia. Vale dizer que a implantação cirúrgica de um cateter era, até há pouco tempo, a única alternativa viável para os recém-nascidos. É habitualmente mais invasivo e limitante, já que uma mesma veia não pode ser utilizada mais de uma vez, devido à dissecação venosa. Este procedimento, na atualidade, é indicado somente quando todas as outras possibilidades de acesso venoso foram esgotadas. A terceira alternativa é o CCIP, conhecido também, no exterior e em nosso meio, pela sigla PICC (*Peripherally Inserted Central Catheter*), e que vem apresentando-se como um procedimento cada vez mais adotado para a manutenção de

acesso venoso profundo e prolongado nos recém-nascidos de alto risco (ROVARIS; OLIVA, 2007).

O CCIP tem sido uma técnica reconhecida como um método de primeira escolha para os prematuros, principalmente quando se trata de acesso venoso central e também devido a sua elevada taxa de inserções bem sucedidas e baixa taxa de retirada por complicações (HERMANSEN; HERMANSEN, 2005). Além disso, a utilização da via periférica para inserção de um cateter central em recém-nascidos é considerada uma das melhores opções de via de acesso para a administração de fluidos, medicamentos, NPT, sangue e seus derivados, entre outros, em recém-nascidos pela sua segurança e por ser um procedimento de fácil realização (SOUZA; TESKE; SARNI, 2008).

O CCIP foi introduzido no Brasil na década de 90, mas foi no ano 2000 que sua utilização tornou-se mais frequente, principalmente em recém-nascidos de alto risco (LOURENÇO; KAKEHASHI, 2003a). Outros dois países que vem a 27 anos utilizando amplamente este procedimento são os EUA e o Canadá (PEZZI et al., 2004). Desde então, este dispositivo tornou-se uma escolha importante no cuidado especializado e na terapêutica dos recém-nascidos.

A inserção do CCIP é um procedimento invasivo, pois consiste na implantação de um cateter central, realizado a partir de uma punção periférica, principalmente dos membros superiores, mas também dos membros inferiores. É indicado quando existe necessidade de acesso venoso por tempo prolongado, possibilitando a passagem de fluidos diretamente para a corrente sanguínea central, permitindo hemodiluição rápida dos medicamentos, principalmente infusão de drogas vasoativas e irritantes, soluções hidroeletrólíticas, nutrição parenteral e antibioticoterapia (RODRIGUES; CHAVES; CARDOSO, 2006). Tem por finalidade a manutenção adequada da terapêutica, a diminuição no número de punções periféricas, a redução no risco de infecção e complicações como flebites, tromboflebites e outros e, principalmente, a minimização dos estímulos dolorosos e estresse do recém-nascido, frente às inúmeras tentativas de punções periféricas. A composição deste cateter pode ser de silicone ou poliuretano, que são materiais biocompatíveis e menos trombogênicos, já que dificultam a agregação de microorganismos em sua parede. De acordo com Phillips (2001), a escolha do modelo do cateter disponibilizado para uso neonatal deve ser adequada às necessidades do paciente e da instituição.

Com a utilização do CCIP o recém-nascido tem menor risco de infecção, menos exposição a múltiplas punções venosas e diminuição

significativa das dissecções de veias. Este cateter é menos dispendioso e apresenta menor probabilidade de complicações quando comparado a outros dispositivos de acessos venosos centrais (WHALEY; WONG; 1999).

Atualmente este aparato tecnológico trouxe imensa contribuição para a área da enfermagem, uma vez que é a enfermeira neonatal¹ a profissional capacitada e qualificada para realizar o procedimento. O Conselho Federal de Enfermagem, através da Resolução COFEN 258/2001, diz que é lícito ao enfermeiro, a inserção do cateter periférico central e o desempenho de tal atividade, desde que tenha sido submetido à qualificação e/ou capacitação profissional (COFEN, 2001). No Brasil, a partir dos anos 90 do século XX, têm-se utilizado os CCIPs, principalmente nos recém-nascidos de alto risco (LOURENÇO; KAKEHASHI, 2003a). Neste contexto insere-se o CCIP na terapia intravenosa como recurso terapêutico para essa clientela específica, que necessita de uma abordagem diferenciada para a prática da enfermagem neonatal (SILVA; NOGUEIRA, 2004).

Em minha apreciação, o processo de implantação do CCIP envolve três etapas, que são sequenciais e complementares, nas quais a enfermeira deve estar atenta a múltiplos fatores de natureza técnica e ambiental, mas também, de ordem social e simbólica, requerendo que a mesma tenha capacitação e domínio, que vão além dos aspectos orgânicos da saúde do recém-nascido. As três etapas são descritas a seguir:

- **PRÉ-INSERÇÃO:** preparação do RN e da família, com vistas à instalação do cateter propriamente dito. Envolve não apenas os aspectos técnicos e informacionais do procedimento a ser desenvolvido, mas também a dimensão simbólica, isto é, nesta etapa são requisitados e colocados em destaque percepções, crenças, valores, sentimentos e desejos da família com relação ao bebê que deve ser submetido ao procedimento e todas as repercussões que isto envolve. Este momento exige da enfermeira percepção e sensibilidade para captar tudo aquilo que a família demonstra, seja no modo como ela questiona, como se expressa, através dos gestos, postura, isto é, tudo que pode ser captado através da linguagem verbal e não-verbal. Esta preparação e a necessidade de envolvimento da família geralmente acontecem alguns dias antes do procedimento. Entretanto, algumas vezes, dependendo do estado clínico do recém-nascido, pode ser necessária a imediata a

¹ Neste trabalho é utilizado o termo enfermeira, pois o maior contingente de trabalhadores de enfermagem é de mulheres.

instalação do cateter. Todo este contexto de preparação da família pode acontecer em vários lugares e momentos diferentes, seja quando ela entra na unidade para visitar ou mesmo cuidar do bebê, no Alojamento Conjunto, caso a mãe ainda se encontre internada, ou ainda, num local conhecido como “quarto mãe acompanhante”, que é onde a mãe permanece para acompanhar o RN ainda internado, até que o mesmo receba alta hospitalar.

- **TRANS-INSERÇÃO:** refere-se à instalação do cateter propriamente dito. É o momento culminante do processo e engloba todos os passos de desenvolvimento técnico do procedimento. A inserção do cateter é realizada principalmente com os recém-nascidos dentro da UTIN, geralmente à beira do leito, podendo este ser a incubadora ou o berço aquecido. Esta etapa envolve desde o preparo do material a ser utilizado, o preparo do bebê, da enfermeira e, principalmente, da família, caso algum de seus membros opte por participar do procedimento. Então, a realização desta etapa, além do preparo técnico da enfermeira em cumprir todos os passos do procedimento, de forma correta, firme e responsável, está também diretamente relacionada com o desejo ou não da família em assistir à técnica. A sua participação pode ser apenas como expectadora, acompanhando de longe o procedimento, ou estando presente ao lado do leito do bebê. Esta etapa, como as outras, pode ser propícia para que a enfermeira estreite os laços com a família, pois ao mesmo tempo em que ela tem oportunidade de explicar e demonstrar tecnicamente todos os passos do procedimento, pode também observar seu comportamento, através da linguagem corporal e verbal.

- **PÓS-INSERÇÃO:** esta etapa envolve desde a manutenção até os procedimentos de retirada do cateter. Tanto a manutenção quanto a retirada são eventos fundamentais e que estão relacionados diretamente com o sucesso ou o insucesso da terapêutica intravenosa. Isto culmina com um grau acentuado de ansiedade e preocupação, tanto da equipe quanto da família. Para a equipe, a tensão diária relaciona-se com a necessidade de cuidar rigorosamente do dispositivo, mantendo-o dentro dos princípios técnicos exigidos, com o intuito de preservá-lo o maior tempo possível. Caso ocorra a “perda” do cateter, é frequente que os elementos da equipe de enfermagem refiram desânimo e decepção, pois se sentem culpados pelo acontecimento. Então, o insucesso na manutenção do cateter é visto como um processo desgastante para os profissionais, pois, além da responsabilidade técnica requerida na vigilância do mesmo, implica na necessidade de submeter o RN a novo

procedimento do CCIP, para garantir a continuidade da terapia intravenosa. Para a família, a tensão relaciona-se ao fato de atuar como expectadora do processo e, muitas vezes, sem compreender muito bem a indicação que acompanha todo o processo, neste ambiente complexo, mas essencial para manter a vida do RN. Neste sentido, deve-se então compreender como ela vivencia esta etapa, quais são suas dúvidas, preocupações, medos, receios, e como ela pode colaborar para o sucesso da manutenção do cateter.

Na minha vivência como enfermeira atuante em UTIN, a utilização do CCIP é um cuidado especializado, realizado cotidianamente na Unidade Neonatal, que vem contribuindo muito no processo de cuidar dos recém-nascidos de risco. Entretanto, observei também que este procedimento, ainda que percebido pela família, de modo genérico, como algo que iria *“diminuir o sofrimento do meu filho”*; *“diminuir a infecção”*, iria *“fazer com que ele suportasse melhor esta etapa”*, dentre outros depoimentos que, aparentemente, revelaram conformidade e compreensão acerca dos objetivos da técnica, por outro lado, também provocaram, por parte da família, não apenas curiosidade, mas apreensão e receio com relação ao seu uso. As mães e os pais dos neonatos, inúmeras vezes, ao presenciarem o procedimento de inserção do CCIP em nossa unidade, referiram: *“tenho muito medo disto, pois parece que ele sofre tanto!”*, ou então: *“eu prefiro nem olhar para o que vocês vão fazer [...], é muito difícil aguentar. Já vi fazerem no [recém-nascido da companheira de quarto] e pensei que ele iria morrer. Vocês têm certeza que isto mais ajuda, ou mais prejudica?”*, e ainda: *“eu não entendo nada disso, tenho apreensão, mas se vocês acham que ele precisa, não posso fazer nada...”*, o que me fez questionar, cotidianamente, qual seria a **experiência da família** acerca deste processo, isto é, quais seriam os seus valores, sentimentos e comportamentos frente à vivência do processo de implantação do CCIP no recém-nascido, durante a sua internação.

Então, acredito que é importante refletir sobre como a família vivenciou a utilização dessa tecnologia no campo da terapêutica intravenosa nos recém-nascidos de risco, pois esta compreensão pode vir ajudar a equipe de enfermagem e toda a equipe neonatal a qualificar melhor o uso da tecnologia, mas, especialmente, creio que a experiência vivenciada pela família durante todo procedimento do CCIP realizado no bebê de risco promove o cuidado centrado na família e não apenas no cuidado ao recém-nascido.

Como a principal ferramenta da enfermeira é o cuidado, isto deveria ser visto como algo que promove a saúde e o bem-estar, não

somente do RN, mas também da família que o acompanha no processo de nascimento e também na sua internação na Unidade Neonatal. A atuação dessa profissional é primordial, pois muitos desafios são impostos diariamente no ambiente da neonatologia. Como argumentei anteriormente, lidar com a complexidade do RN submetido ao CCIP exigiu não somente sua responsabilidade e habilidade técnica em realizar o procedimento, mas também o comprometimento ético e profissional em cuidar de sua família, inserindo-a nesse contexto como participante e incentivando-a a compreender a importância e a necessidade da utilização do CCIP nos recém-nascidos, acrescentando uma nova experiência ao que estava vivenciando.

Diante disto pretendi, com este estudo, obter respostas às minhas indagações, realizando um processo investigativo durante o processo de cuidar da família dos recém-nascidos submetidos ao CCIP. Para isto, em minha análise, o delineamento deste estudo esteve de acordo com a proposta da Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), sendo que a mesma esteve em congruência direta ao agir da enfermeira em sua prática cuidativa e o pesquisar aspectos da realidade que pudessem ser respondidos neste mesmo processo de cuidar (TRENTINI; PAIM, 2004).

Como referencial teórico-metodológico utilizei a Teoria de Enfermagem Humanística (PATERSON; ZDERAD, 1979), já que se trata de uma teoria da ciência da enfermagem que se desenvolveu a partir de experiências vividas pela enfermeira e seus pacientes na prática da enfermagem, sendo fundamental o significado que tiveram, para cada um, o vivenciar o mundo (PRAEGER, 2000). Nesta abordagem a enfermagem foi entendida como um encontro especial entre pessoas humanas, onde existia um chamado e uma resposta intencional, como uma resposta de cuidado de uma pessoa para com a outra, num período de necessidade, ajudando-a a alcançar 'bem-estar' e a 'ser mais' (PRAEGER, 2000).

Esse diálogo foi vivido a partir do cotidiano, ou seja, das ações na prática da enfermagem, sendo necessário que cliente e enfermeira estivessem disponíveis um para o outro, escutando e valorizando desejos, sentimentos e comportamentos para que, juntos, pudessem planejar um cuidado adequado. Para isso, foi necessária a compreensão do significado das experiências do outro, estando a enfermeira disposta a ir além do seu conhecimento e competência técnica, no encontro com o outro.

Assim, com este estudo, pretendi buscar respostas às seguintes

questões de pesquisa:

- Qual a experiência da família que vivencia a utilização do procedimento do CCIP ao recém-nascido internado em UTIN?

- De que maneira a enfermeira pode auxiliar a família a experienciar o processo de implantação do CCIP?

Neste contexto, a pesquisa teve como objetivos: compreender a experiência da família dos recém-nascidos submetidos ao CCIP e identificar a maneira como a enfermeira auxilia a família, contribuindo para o *bem-estar* e o *estar melhor*, durante o processo de implantação do CCIP.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo realizei uma incursão bibliográfica através da análise das publicações que abordavam sobre o Cateter Central de Inserção Periférica, visando acessar o estado da arte relacionado ao tema. Trata-se, portanto, de uma revisão narrativa, que seguiu os princípios e requisitos apontados por Rother (2007). Para isto, realizei busca detalhada da literatura, junto às bases de dados eletrônicas Medline, Lilacs, Pubmed, Scopus, Science Direct e BDENF. Também procedi à busca direta nos periódicos indexados que constam no repositório da Scielo (Scientific Electronic Library Online), assim como no Portal da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). A partir destes portais de acesso cheguei aos artigos científicos, que foram publicados nas seguintes revistas: Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Latino-Americana de Enfermagem, Revista Gaúcha de Enfermagem, Revista Texto e Contexto Enfermagem, Acta Paulista de Enfermagem, Revista de Enfermagem da UERJ, Cogitare Enfermagem, Revista da Escola Paulista de Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery, Revista Mineira de Enfermagem, Revista Paulista de Enfermagem, Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Revista Eletrônica de Enfermagem, Revista de Enfermagem UFPE, Jornal de Pediatria, Australian Journal of Advanced Nursing, Advances in Neonatal Care, Revista Cubana de Pediatria, Revista Chilena de Pediatria, Pediatrics, Neonatal Intensive Care, Archivos Argentina Pediatria, Pediatric Anesthesia, Paediatric Anaesthesia, The Journal of Pediatrics, Pediatric Surgery Services, Journal of Perinatology, Pediatric Critical Care, Pediatric Radiology, Clinics in Perinatology, BCM Medicine, Journal Paediatric Child Health, Revista Cubana de Enfermería, Journal of Infusion Nursing, Newborn and Infant Nursing Reviews.

Para esse estudo foram levantados 61 artigos, sendo 09 de revistas nacionais e 52 de internacionais, abrangendo tanto as publicações na enfermagem quanto na área médica, no período entre 1997 e 2008. Os descritores utilizados para a busca bibliográfica online, respectivamente, no idioma português, inglês e espanhol, foram: cateterismo periférico/catheterization peripheral/cateterismo periférico, cateter venoso central/central venous catheter/catéter venoso central, cateterismo venoso central/catheterization central venous/cateterismo

venoso central, recém-nascido/newborn/recién nacido e enfermagem/nursing/enfermería. Além destes, também foram realizadas buscas pelos descritores PICC (Peripherally Inserted Central Catheter) e intravenous therapy, existentes apenas nas listagens de língua inglesa.

No processo de seleção de todas as publicações, contudo, descartei os textos que descreviam ou pesquisavam cateteres venosos centrais, mas que não incluíam no seu contexto os cateteres centrais de inserção periférica em neonatologia. Diante disso, foram efetivamente considerados como *corpus* desta revisão de literatura 51 artigos.

Para compor a amostra, de forma complementar, foram utilizadas também teses e dissertações brasileiras, defendidas em cursos relacionados à área médica e de enfermagem. Devido à escassez de publicações nacionais sobre o assunto dei ênfase às consultas nos periódicos internacionais e utilizei resumos somente quando o acesso ao artigo na íntegra não era possível, por não estar em *open access*.

Da análise deste conjunto de textos emergiram quatro categorias: a) complicações relacionadas ao CCIP, b) avaliação continuada do CCIP e c) a enfermeira neonatal e a produção teórica sobre o CCIP.

Embora as descrições realizadas aqui não esgotassem o assunto, ressaltaram, de modo geral, o estado da arte referente ao assunto, nos últimos 10 anos.

2.1 COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO CCIP

As complicações relacionadas ao CCIP têm sido pesquisadas por diversos autores médicos demonstrando a relevância do assunto, principalmente para a população neonatal submetida a esse procedimento. Contudo, alguns estudos que avaliaram a instalação do CCIP em crianças, verificaram que as taxas de complicações são relativamente baixas e comparativamente menores em relação a outros cateteres inseridos cirurgicamente (ELIA et al., 2002).

De maneira geral, diversas complicações têm sido relatadas na literatura, tais como: migração do cateter, derrames pleurais e pericárdicos, tamponamento cardíaco, embolização pulmonar após fratura do cateter, extravasamento, arritmias cardíacas, pneumonias e sepsis. Algumas podem ocorrer de forma imediata, isto é, logo após a introdução do cateter no organismo do bebê, a exemplo das primeiras citadas, enquanto outras podem ocorrer de forma tardia, como por exemplo, as infecções. Em razão disso, optei por apresentar a revisão

acerca das complicações, em três tópicos. No primeiro descrevi os estudos que abordam os problemas mecânicos, no segundo, os que abordam as complicações infecciosas e, no terceiro, os que abordam temas referentes às substâncias profiláticas que são usadas no interior dos cateteres a fim de evitar problemas mecânicos e infecciosos.

2.1.1 Problemas mecânicos relacionados ao CCIP

A **migração dos cateteres** é uma das principais complicações relacionadas aos problemas mecânicos com o cateter apresentados na literatura. Para Ryder (1993), o posicionamento correto de um cateter central é no terço inferior da veia cava superior, na altura do terceiro espaço intercostal, local da junção da veia cava superior com o átrio direito, quando a inserção for pelos membros superiores. Golombeck et al. (2002) e Racadio et al. (2001) referem que é considerado localização central quando o cateter residir na veia cava superior ou veia cava inferior (acima da linha do diafragma). Já, Neubauer (1995), utiliza a definição de posicionamento central quando a ponta do cateter está localizada dentro da veia cava, próxima do coração, ou na entrada do átrio direito. Entretanto, às vezes, não é possível a inserção do cateter até uma localização central, permanecendo a ponta, ocasionalmente, nas veias braquiocéfálica, jugular, axilar ou safena. De acordo com Elia et al. (2002) e Hoang et al. (2008), isto pode acontecer em 33% dos casos.

O mau posicionamento tem sido uma das complicações mais estudadas pelos neonatologistas e se tornou uma preocupação constante devido ao risco de complicações como o derrame e o tamponamento pericárdico, secundários à perfuração do miocárdio, levando a relatos de casos de morte (NADROO et al., 2002). Sabe-se hoje que os casos de derrame e tamponamento pericárdico são secundários ao procedimento de inserção do cateter, já que a ponta pode migrar da veia cava superior ou inferior para dentro do átrio direito.

Kabra e Kluckow (2001) relatam que, na maioria dos casos, o derrame pericárdico é uma complicação que pode acontecer até 48 horas após a inserção do cateter, sendo que o menor intervalo de tempo entre a inserção do cateter e o desenvolvimento do tamponamento é de pouco mais de 24 horas. Entretanto, num relato de caso realizado por estes autores, um recém-nascido desenvolveu tamponamento pericárdico secundário a derrame pericárdico 3 horas após o início da infusão de

NPT. Neste caso foi observado que os sinais relacionados com o tamponamento pericárdico envolviam uma rápida deterioração cardíaca, levando o neonato a apresentar bradicardia, hipotensão arterial, hipóxia e parada cardíaca.

Recentemente, Kohli e Joshi (2007) relataram um caso de um recém-nascido de 32 semanas que, algumas horas após a inserção do CCIP em veia braquiocefálica direita, apresentou quadro de taquicardia e baixo débito. Um ecocardiograma foi realizado e confirmou que o cateter estava enrolado ao redor da válvula pulmonar, com alguns segmentos suspensos no ventrículo direito e emparelhado transversalmente à válvula tricúspide. O procedimento de retirada do cateter foi realizado por veia femoral, sendo que as primeiras tentativas de entrar no ventrículo direito resultaram em taquicardia ventricular e hipotensão. Após estabilizar o bebê, novamente foi reiniciado o procedimento usando um laço Microvena (3mm). O cateter do CCIP foi laçado e puxado facilmente, nenhuma resistência excessiva foi sentida, e o quadro hemodinâmico do recém-nascido não teve alteração (KOHLI; JOSHI, 2007).

Alguns estudos realizados demonstraram que a ocorrência de migração da ponta do cateter para além do posicionamento do local inicial está relacionada também com o movimento do posicionamento dos membros superiores ou inferiores. Pesquisas como as de Nadroo et al. (2002) e Connolly et al. (2006) analisaram que diferentes movimentos do braço, tais como abdução versus adução, flexão versus extensão do ombro e extensão do cotovelo, podem afetar a posição dos cateteres colocados através das veias dos membros superiores. Nadroo et al. (2002), após análise de 280 radiografias de 60 neonatos com CCPIs inseridos em membros superiores, observaram que os cateteres colocados através da veia basilíca ou axilar apresentavam maior chance de migração em direção ao coração, com o movimento de adução do braço, em comparação aos que foram inseridos através da veia cefálica, que demonstravam se afastar do coração com o mesmo movimento. Já, para Connolly et al. (2006), tanto os cateteres inseridos pela veia basilíca ou pela veia cefálica, abaixo do cotovelo, com o movimento de flexão do mesmo, deslocavam este cateter para dentro do átrio direito, o que não acontecia com os cateteres inseridos através da veia axilar. Ambos os estudos constataram, portanto, que o que ocorria com maior frequência, era a migração da ponta do cateter para dentro do átrio direito, quando este era inserido pela veia basilíca, com movimentos simultâneos de adução do ombro e flexão do cotovelo.

Sobre essa questão ainda, Connolly et al (2006), no estudo

realizado com 85 crianças com idade variando de recém-nascido a 18 anos e peso a partir de 700 g. a 61 kg, verificaram que não houve diferença estatisticamente significativa entre o intervalo e a amplitude de movimento na localização da ponta do cateter, quando foram comparados aos CCIPs inseridos a partir do braço esquerdo ou direito, a partir da veia cefálica ou basílica ou ainda acima ou abaixo do cotovelo. O que se confirmou foi que a melhor localização central da ponta do cateter é quando o braço está abduzido em ângulo de 90° com o cotovelo reto. Isto é válido tanto para recém-nascido pré-termo como a termo, já que as diferenças de comprimento do cateter curto ou longo são mínimas (<0,5 cm).

Em ambos os estudos realizados foi possível observar que os movimentos dos braços também podem ser usados na tentativa de corrigir o mau posicionamento dos cateteres através do uso de fluoroscopia, em vez de radiografia torácica posterior. Estes estudos e também o de Elia et al. (2002) demonstraram que o emprego de técnicas de imagem como ultrassom ou fluoroscopia para guiar a colocação do cateter, e como meio de diagnóstico de rotina, ajudou na avaliação da correta localização do cateter, podendo-se obter altas taxas de sucesso na inserção, variando entre 67 e 94% e reduzindo significativamente os riscos de complicações pós-inserção.

Thiagarajan et al. (1997), em um estudo com 587 CCIPs instalados em recém-nascidos e crianças maiores, mostraram que as taxas de complicação dos cateteres em localização não central e central foram semelhantes (32% versus 27%), sendo que quase metade dos cateteres permaneceram na veia subclávia. Entretanto, em outro estudo realizado, com uma amostra maior (1.266 CCIPs), os pesquisadores perceberam a existência de complicações com 42% dos cateteres colocados centralmente (3,8%) versus 49 complicações em 170 cateteres com localização não central (28,8%), sendo que as principais complicações foram flebite, vazamento e oclusão (RAMASETHU, 2007). Entretanto, Alencar (2005) afirma que o cateter em localização não central, ou seja, permanecendo em linha mediana, podia ser útil. Apesar dos vasos possuírem diâmetros menores, o seu tempo de permanência é mais longo que um cateter periférico, sem aumento de complicações infecciosas. Contudo, também salientou que a administração de soluções hiperosmolares podem causar complicações locais, tais como vasculite, bainha de fibrina ou formação de trombos, mas raramente resultaram na dificuldade de remoção do cateter.

Percebeu-se que a maioria dos autores é unânime em afirmar que

a identificação do correto posicionamento da ponta do cateter tornou-se imprescindível para a prevenção de complicações mais sérias, como arritmia, derrame pleural, tamponamento ou perfuração miocárdica (RYDER, 1993; NADROO et al., 2001; PETTIT, WYCKOFF, 2001; PHILLIPS, 2001). Com isso depreendeu-se desses estudos que quanto mais central for o posicionamento da ponta do cateter, menor será o risco de haver complicações, uma vez que a localização não central, juntamente com a tortuosidade da veia e o tamanho e o aumento das válvulas venosas poderão afetar a parede do vaso, levando à deterioração do endotélio e a risco de perfuração.

Outros problemas mecânicos relacionados com o cateter e que levaram a complicações pós-inserção, foram casos de **fratura e embolia**. Alguns estudos foram publicados no exterior abordando este assunto. Um desses estudos foi o de Chen et al (2006), no qual foi relatado este tipo de complicação, envolvendo um recém-nascido prematuro com 27 semanas de idade gestacional e com peso de 740 gramas. O CCIP foi inserido pela veia femural, com comprimento de aproximadamente 10 cm e estava posicionado em veia cava inferior, ao nível de T9, recebendo infusão de NPT aproximadamente há 53 dias. Durante a fase de convalescença do recém-nascido, o cateter foi retirado e foi observado que apenas 5 cm haviam sido removidos. Após realização de Raio-x de tórax e ecocardiograma, constatou-se que havia um resquício do cateter no forame oval, localizado entre os átrios direito e esquerdo. Foi realizado então cateterismo cardíaco e o fragmento foi retirado com sucesso. A fluoroscopia, realizada ao final do processo, revelou que não houve trauma ou rupturas das paredes dos átrios.

Outro relato de fratura da ponta do cateter e embolização foi descrito por Pigna et al (2004). A complicação da quebra do cateter levou à embolização no ramo da artéria pulmonar esquerda e considerou-se que as principais causas provavelmente estavam relacionadas com a técnica de inserção, em que o cateter passava através de uma agulha introdutória e, para garantir sua progressão, fazia-se necessário realizar movimentos de vai-e-vem, especialmente em recém-nascidos prematuros ou de baixo peso, que possuíam veias pequenas. Portanto, o cateter precisou ser extremamente fino. Estas tentativas danificaram sutilmente a parede do cateter, levando à ruptura. Outro fator que podia contribuir para a ruptura do cateter, segundo estes autores, tinha relação com os aumentos repentinos da pressão realizados no lúmen do dispositivo, através dos *flushings* de solução fisiológica, realizados em horários pré-estabelecidos, a fim de manter a permeabilidade do mesmo.

Pigna et al (2004) e Chen et al (2006) foram unânimes em afirmar que os fatores tais como as características do cateter, a inserção, e ainda, a situação clínica do neonato, podiam predispor a quebra dos cateteres. Todos os cateteres em estudo eram de silicone e foram fraturados no local ou perto do sítio de inserção, sendo que a maioria foi inserida pela extremidade superior. Ambos os grupos de pesquisadores acreditavam na hipótese de que os cateteres colocados abaixo ou mesmo na altura do cotovelo poderiam sofrer estresse repetido nos pontos vulneráveis do dispositivo. No entanto, Chen et al. (2006) demonstraram que a lateralidade (braços direito ou esquerdo) ou mesmo o sítio de inserção não influenciavam na probabilidade de fraturas.

Após vários testes, os pesquisadores concluíram que os fatores potenciais para maior risco de fratura poderiam estar relacionados com a longa permanência do cateter inserido no paciente, contribuindo para a fadiga do mesmo; a qualidade dos cuidados na manutenção desses cateteres, requerendo vigilância da equipe de profissionais para a presença dos sinais de vazamento no local de inserção; a utilização correta do tamanho da seringa, evitando grande pressão durante os *flushings*, ou mesmo quando da tentativa de desobstrução. Estes estudos salientaram a importância do controle radiológico do tórax seguida de fluoroscopia para verificar se o cateter permanecia intacto.

Derrame pleural causado por extravasamento pela fratura do cateter também foi considerado uma complicação pós-inserção do CCIP e a sua real incidência ainda não é conhecida. Alguns relatos de complicações em recém-nascidos foram descritos por Pigna et al. (2004), onde o cateter migrou para um ramo da artéria pulmonar, lesionando a parede do vaso e ocasionando extravasamento de fluidos, principalmente NPT. O neonato, que estava em pós-operatório para correção de atresia esofagiana, apresentou deterioração do seu quadro clínico, com súbito desconforto respiratório grave, má perfusão periférica e cianose. O extravasamento de líquido na cavidade pleural deu origem à hipóxia e baixo débito cardíaco, levando ao aumento da pressão intrapulmonar e intratorácica, que foram constatados após sinais clínicos e exames radiológicos. Um dreno torácico foi colocado rapidamente, sendo drenados 40 ml de líquido claro. O estudo relata que o bebê apresentou melhora progressiva até sua alta.

Ohki et al (2008), propuseram uma pesquisa cujo projeto foi envolver 193 UTINs, no Japão, no período de 1999 a 2003. Tinham como objetivo determinar quais eram as políticas institucionais relacionadas ao uso do CCIP, as complicações mais frequentes e qual o

posicionamento do cateter. Queriam saber se estas complicações ocorriam, em sua maioria, na parte superior ou inferior do corpo do neonato. Os autores, contudo, conseguiram pesquisar em apenas 50% destas UTINs, pois o consentimento informado não foi assinado pela outra metade. Destas, apenas 6% tinham orientações (protocolos) por escrito relativo ao procedimento do CCIP, enquanto que 60% delas seguiam somente regras informais, não totalmente balizadas institucionalmente. No restante, ou seja, nos 34% das UTINs participantes do estudo, a instalação do CCIP era uma decisão particular e isolada do médico plantonista, seguindo, portanto, “protocolos” particulares. Apenas 26% de todas estas UTINs pesquisadas tinham um programa educacional para lidar com as complicações do CCIP.

Ainda com relação a esta pesquisa, no que diz respeito às complicações ou problemas mecânicos em potencial, os autores constataram que os mais frequentes foram o derrame pericárdico e o tamponamento cardíaco, com 28% das ocorrências, acometendo 15% das UTINs participantes. Foram relatados apenas 36 casos (0,09%) de derrame pleural, 35 casos (0,14%) de dificuldades de remoção do cateter e apenas 10 casos de trombozes sintomáticas nas inserções do CCIP. Verificaram, também, que a maioria dos médicos das UTINs preferia utilizar a veia subclávia (87%), a veia cava superior (79%), a veia cava inferior (74%) e a veia ilíaca externa (72%) para localizar a ponta do cateter, enquanto apenas 9% preferiam que a ponta do cateter estivesse localizada no átrio direito. Observaram também que 35% das instituições permitiram que a ponta do cateter permanecesse em linha mediana, ou seja, fora de um vaso central.

De modo geral, o derrame pleural foi citado como uma complicação relativamente rara. Estes mesmos autores da pesquisa citada no parágrafo anterior relataram que a incidência deste tipo de complicação variou entre 0 a 1% dos CCIPs instalados nos recém-nascidos. No entanto, os autores referiram que num levantamento feito nos EUA, percebeu-se que 70% das UTINs que responderam a um questionário, relataram que tiveram derrame pleural como complicação da PICC nos últimos 5 anos. Este levantamento detectou também que as principais localizações da ponta do cateter, nessas UTINs, era a veia subclávia, a veia braquiocéfálica ou a veia cava superior. No Japão, esta última localização foi a preferida, o que explicaria a frequência levemente maior do derrame pleural em relação ao derrame pericárdico ou tamponamento cardíaco (OHKI et al., 2008).

Embora o derrame pleural, normalmente, não seja fatal, representou uma complicação que poderia ocasionar significativa

morbidade respiratória e levar o bebê a apresentar seqüelas tardias, como a paralisia do diafragma. Por isso, os especialistas enfatizaram que quando um recém-nascido apresenta deterioração do quadro respiratório, durante o procedimento de instalação do cateter, o derrame pleural deve ser considerado. Sridhar (2005) contribui ainda, afirmando que alguns autores acreditam na hipótese de que a infusão de soluções hiperosmolares poderia causar dano endotelial e subsequente aumento na permeabilidade vascular, levando a risco de derrame.

Um dos problemas atribuídos a esse tipo de complicação poderia estar associada à difícil visualização do cateter ao Raio-X, principalmente naqueles de calibre menor que 2 french (calibre do CCIP), pois são extremamente finos, apesar de radiopacos, ou seja, poderiam ser detectados por exame radiológico (RYDER, 1993). Quando em contato com as estruturas orgânicas, o cateter poderia apresentar menor radiopacidade e a densidade das vértebras poderia dificultar a visualização do cateter no Raio-X, assim como a opacidade dos pulmões. Isso poderia induzir a erros. Desta maneira, os autores sugeriram a utilização de contraste não iodado, solúvel em água, para auxiliar na identificação do cateter durante a realização do Raio-X (PETTIT; WYCKOFF, 2001).

Embora não se encontre na literatura estudos sistemáticos que relatem pesquisas envolvendo outras complicações mecânicas, Shah et al (2007) assinalaram que oclusões, extravasamentos, deslocamentos e trombose ocorriam em 15 a 48% dos cateteres inseridos.

Todos os autores dos estudos citados foram unânimes em afirmar que as complicações mecânicas, de modo geral, podiam levar a sérias repercussões no recém-nascido. Por isso, caso haja qualquer evidência clínica de ocorrência desta natureza, a conduta terapêutica deve ser imediata e, conforme o caso, a retirada do dispositivo deve ser prontamente realizada.

2.1.2 Complicações infecciosas relacionadas ao CCIP

Apesar de ser uma técnica intravenosa inovadora, que consiste na introdução de um cateter através de uma agulha introdutória inserida numa veia periférica que avança até um vaso central (veia cava superior ou veia cava inferior), a técnica do CCIP, como vimos até aqui, não é isenta de riscos que podem até mesmo causar a morte. Adicionadas às

outras complicações já descritas na literatura, as relacionadas à infecção são das mais comuns, e que exigem extremo cuidado, principalmente durante a inserção e manutenção do dispositivo intravascular (BARRÍA; LORCA; MUÑUZ, 2007).

Um ensaio clínico randomizado controlado realizado por Barria, Lorca e Muñuz (2007) com 74 recém-nascidos de alto risco internados em uma UTIN de um hospital no Chile, comparou o tempo de internação na unidade e a incidência de sepse e flebite relacionada com duas alternativas de acesso vascular para terapia intravenosa, o Cateter Venoso Periférico (CVP) e o CCIP. Como resultado, observou-se que as diferenças no tempo de permanência não foram estatisticamente significativas entre os grupos de CVP e o CCIP. Já, em relação a suspeita de sepse, constatou-se que a mesma apareceu em 14 casos no grupo que utilizava CCIP e em 8 casos, no grupo de CVP. Apenas três casos de sepse foram confirmados por cultura sanguínea, sendo um no grupo do CCIP e dois no grupo de CVP. Em relação ao tempo de internação, os grupos do CCIP e CVP completaram, respectivamente, 14.590 e 12.749 cateteres/horas. Três casos de necrose tecidual por extravasamento de fluidos em couro cabeludo dos recém-nascidos foram documentados no grupo CVP. De uma forma geral, neste estudo, pôde-se concluir que o risco de flebite foi maior nos CVPs do que nos CCIPs instalados.

Alguns autores relataram também a existência de casos de flebites como sendo uma complicação infecciosa relacionada ao uso do CCIP. Lopez et al. (2004), por exemplo, referiram que esta foi uma complicação que apareceu em 6,8% de um total de 19,4% de bebês com cateteres inseridos e que esta diminuiu quando a veia basilíca foi utilizada (LÓPEZ SASTRE et al., 2000). Preocupados em investigar casos de sepse, López Sastre et al. (2000), em estudo realizado na Espanha, relataram que de 42,6% de cateteres removidos, apenas um caso se confirmou como sendo de sepse relacionada ao cateter. As complicações infecciosas (contaminação, infecção local e sepse relacionada com cateter) tiveram a sua importância para o principal problema associado à utilização desses cateteres.

Janes et al. (2000) também compararam pacientes submetidos aos CVPs e os submetidos aos CCIPs e observaram que não houve diferenças significativas entre os dois grupos, em relação ao número de episódios e suspeita de sepse comprovada, após 6 dias de vida. Os resultados mostraram que houve 11 infecções com cultura positiva para os submetidos aos CCIPs e 16 para o grupo de pacientes com CVP, durante todo o estudo.

De modo geral o índice de infecção relacionada ao CCIP foi descrito como baixo, variando entre 0 e 2,2% (PETTIT, 2002). No estudo realizado por Thiagarajan et al. (1997), a incidência de infecção relacionada ao CCIP foi de 2%, o que ainda é aceitável pela literatura. Entretanto, em outra pesquisa recentemente realizada por Henriques et al. (2006), comparando a incidência de infecção relacionada ao CCIP e flebotomia, obteve-se como resultado que dos 34 recém-nascidos que usaram CCIP, 22,2% tiveram cultura da ponta do cateter positiva, ou seja, alta taxa de infecção relacionada ao cateter, enquanto dos 29 recém-nascidos que foram submetidos à flebotomia, 13,6% tiveram infecção relacionada ao cateter, o que comprovou índices de infecção entre 3 e 20,8%. O principal microorganismo encontrado na cultura da ponta de cateter foi o *staphylococcus epidermidis*, em 55,5 % dos casos.

Segundo Lopez Sastre et al. (2000) os microorganismos podem atingir o cateter através de diferentes vias. A primeira dá-se através da infusão de fluidos contaminados (especialmente NPT). Contudo, esta via representou uma pequena porcentagem, pois estas soluções foram alteradas diariamente e foram preparadas sob fluxo laminar. A outra via foi a hematogênica, a partir da pele ao redor da entrada do cateter e da conexão. Apesar de a pele ao redor da área de inserção do cateter ser a principal porta de entrada para os microorganismos (progressão extraluminal), cada vez há mais provas que indicam que a conexão também é frequentemente uma porta de entrada para microorganismos (progressão intraluminal). Relataram também, que em um estudo, realizado por Salzman et al. (1993), demonstrou-se que 54% dos episódios de sepse relacionada ao cateter tiveram como porta de entrada a conexão. Os autores esclareceram que para que ocorra o mecanismo de progressão do microorganismo patogênico, levando à colonização do cateter, foi necessária uma série de interações entre o material plástico, o micrororganismo e os mecanismos de defesa do hospedeiro. Os dispositivos confeccionados que têm uma maior aderência bacteriana (PVC, látex e poliuretano) e determinadas bactérias, como o *staphylococcus coagulase negativo*, produtoras de adesina, favoreceram a união e a permanência do microorganismo no cateter, impedindo a ação dos mecanismos de defesa do hospedeiro e dos antibióticos administrados (LOPEZ et al., 2004).

Recém-nascidos com bacteremia e que necessitam de cateter venoso central são um dilema grave enfrentado por muitos neonatologistas. Um estudo de coorte retrospectivo realizado por Benjamin et al. (2001) com 122 recém-nascidos internados em UTIs

neonatais que tiveram acesso venoso central, dentre eles o CCIP, procurou pela ocorrência de bacteremia durante um período de quatro anos. Como resultado verificou que o risco foi significativamente maior entre os recém-nascidos que não tiveram o cateter central retirado no prazo de 24 horas após a identificação do microorganismo comparado àqueles cujos cateteres foram removidos imediatamente. Para os recém-nascidos que foram infectados por *staphylococcus aureus* ou por bacilos gram-negativos não entéricos, após a remoção retardada do cateter central, associou-se fenômenos de bacteremia mais grave. Foram realizadas tentativas de esterilização do cateter em 27 neonatos que estavam infectados com bacilos gram-negativos entéricos e apenas em 10 destes bebês foram mantidos os seus cateteres sem complicações relacionadas com a infecção. A bacteremia mais grave ocorreu em 36 de 82 neonatos que utilizavam CCIP. Os recém-nascidos que tiveram quatro hemoculturas positivas consecutivas para *staphylococcus coagulase negativo* apresentaram um risco significativamente aumentado para complicações mais graves ou mesmo a morte, comparado com aqueles que tinham três ou menos hemoculturas positiva para o mesmo microorganismo (BENJAMIN et al., 2001).

Assim, a recomendação dos autores foi para que nos casos de recém-nascidos com bacteremia e com cultura positiva para *staphylococcus aureus* ou bactérias gram-negativas, a retirada do cateter fosse imediata. No caso dos neonatos que apresentaram cultura positiva para *staphylococcus coagulase negativo*, poderia-se tentar o manejo clínico sem remover o cateter, mas foi crucial que a documentação com culturas subseqüentes fosse negativa. Uma vez que um neonato apresentasse três culturas positivas para *staphylococcus coagulase negativo*, o cateter também deveria ser removido.

Um estudo recentemente publicado por Hoang et al. (2008) comparou os índices de complicações relacionadas com a inserção dos cateteres com localização em extremidade superior versus extremidade inferior para infusão de nutrição parenteral. A população do estudo foi de 396 neonatos, com uma média de 28 semanas de idade gestacional e peso de 940 gramas. Um total de 477 cateteres foi inserido. Destes, 370 foram colocados em extremidade superior e 107 a partir da extremidade inferior. Foi considerado para extremidade superior quando a ponta do cateter estava localizada na veia cava superior, antes do átrio direito, e para a extremidade inferior, quando a ponta residia na veia cava inferior ou acima do diafragma. Como resultado, as complicações que mais se destacaram foram com relação à infecção (sepse) e à presença de colestase. Os índices de infecção sangüínea relacionada com o cateter

foram menores para a extremidade inferior (9,3%), quando comparado com a extremidade superior (11,6%), e o microorganismo mais comum encontrado foi o *staphylococcus coagulase negativo*, em ambas as extremidades. Entretanto, os casos de maior prevalência de organismos gram-negativos, foram detectados nos recém-nascidos que tinham os cateteres inseridos pela extremidade inferior. Os autores salientaram que este tipo de complicação poderia estar relacionado com o tipo de soluções que estavam sendo infundidas nos CCIPs, pois o pH e a osmolaridade e o fluxo das infusões e ainda a possível contaminação das soluções, foram fatores importantes para o desenvolvimento de complicações.

Segundo Yeung et al. (1998, p. 135, tradução nossa), “a sepse é a complicação mais frequente e séria em pacientes recebendo NPT, a qual resulta em aumento da morbimortalidade e dos custos com cuidados assistenciais”. Já, o resultado relacionado com os índices de neonatos que apresentaram colestase, foi maior para os que tinham os cateteres inseridos pela extremidade superior juntamente com o tempo de permanência desses cateteres e principalmente com o uso prolongado de nutrição parenteral total (HOANG et al., 2008). Assim, a avaliação desse estudo sugeriu que, quando tecnicamente possível, a utilização da extremidade inferior deve ser considerada para a administração de NPT para recém-nascidos em tratamento prolongado, já que esta estratégia diminui potencialmente a possibilidade de infecções.

A incidência de infecções sanguíneas relacionadas ao cateter (ISRC) em UTIs neonatais variou de 3,8 a 17,8 infecções/1000 cateteres dia, sendo que os valores mais elevados foram para os recém-nascidos menores que 1000 g. Os *staphylococcus aureus* foram os microorganismos mais frequentemente isolados e os *staphylococcus coagulase negativo*, os que estavam presentes na maioria das culturas realizadas (FILIPPI et al., 2007).

Os microorganismos que causam a ISRC devem primeiro ter acesso às superfícies extraluminal ou intraluminal do dispositivo implantado, onde podem aderir, permitindo a colonização e formação de um biofilme, o que facilita a colonização e, posteriormente, a disseminação na corrente sanguínea (GARLAND et al., 2005; SAFDAR, MAKI, 2006).

Garland et al. (2005) consideraram que a maioria das infecções com cateteres de curto prazo derivam dos microorganismos da pele que progridem para o acesso extraluminal até contaminarem o *hub* (conexão externa do cateter) e o lúmen do cateter. Este pareceu ser um dos fatores

predominantes, a longo prazo, para as ISRCs de todos os tipos de cateteres venosos centrais, dentre eles o CCIP.

A sepse relacionada ao cateter é uma das complicações comumente encontrada nas UTI neonatais, entretanto, pesquisas continuam sendo realizadas para que os índices se tornem cada vez menores. Uma das alternativas para melhorar a qualidade do uso do CCIP nos recém-nascidos, especialmente os prematuros, foi a padronização no plano de cuidados de enfermagem, que manipulam constantemente esses cateteres, com o intuito de reduzirem os riscos de contaminação e possíveis infecções (JANES et al., 2000). Puntis et al. (1990) mostraram uma expressiva diminuição de sepse relacionada ao CCIP (45% para 8%), realizando um intenso treinamento do pessoal no cuidado com o cateter.

2.1.3 Substâncias profiláticas para a prevenção de complicações mecânicas e infecciosas relacionadas com o CCIP

Shah e Shah (2008) relatam que Nakamura, em 1990, mediante um exame microscópico eletrônico, encontrou oclusão completa (33%) e parcial (33%) da ponta dos cateteres. Além disso, 39% do total das pontas dos cateteres com bainhas de fibrina tinham evidências de trombose e esta acontecia por diversos fatores que incluíam: dano endotelial durante a colocação do cateter, oclusão dos vasos sanguíneos, fluxo baixo, fluxo turbulento, características da composição do cateter, do paciente, das soluções infundidas e ainda incluíam as complicações infecciosas por sepse bacterianas ou fúngicas.

Várias revisões sistemáticas foram realizadas, envolvendo o uso da **heparina** nos cateteres intravasculares centrais, com o objetivo de verificar sua eficácia na prevenção da formação de trombose, evitando assim a oclusão do cateter e prolongando a sua permeabilidade.

Em uma revisão sistemática realizada por Randolph et al. (1998), envolvendo todas as idades, incluindo recém-nascidos, os pesquisadores avaliaram a eficácia da heparina, sendo administrada através de infusão contínua ou intermitente, em relação a permeabilidade do cateter e prevenção das complicações associadas com cateteres venosos ou arteriais periféricos. Concluíram que o uso de flush de heparina, em concentrações de 10 UI/ml, não demonstrou nenhum efeito sobre a permeabilidade do cateter venoso periférico. No entanto, o uso de heparina em baixa dosagem, infundida através de cateteres arteriais

periféricos, se mostrou eficaz em prolongar a permeabilidade do cateter.

Após dois anos, em outra revisão sistemática, Barrington (2000) avaliou a eficácia da heparina para a prevenção de oclusão de um cateter arterial umbilical. Constatou que mesmo em concentrações tão baixas como 0,25 UI/ml, a heparina prolongou a permeabilidade do cateter arterial umbilical, sem efeitos adversos significativos. Contudo, os dados a partir desta revisão não puderam ser utilizados para o uso nos CCIPs, porque o diâmetro interno do cateter arterial umbilical foi maior do que o utilizado nos CCIPs. O pesquisador destacou ainda que os padrões de fluxo no cateter umbilical, equivalentes ao da aorta, diferem do fluxo relativamente lento no sistema venoso, onde foram implantados os CCIPs, e onde o risco de formação de trombos foi maior.

Mais tarde ainda, Kamala et al. (2002) realizaram outro estudo randomizado, duplo-cego, controlado, com 66 recém-nascidos com CCIPs (35 no grupo da heparina e 31 no grupo do placebo), usando, no grupo controle, 1U/ml de solução de heparina, juntamente com NPT, para verificar se iria ocorrer oclusão. O resultado mostrou que não houve diferença na incidência de oclusão no cateter entre os dois grupos, embora uma taxa mais elevada (62,9%) dos recém-nascidos no grupo heparina tivesse recebido a terapia completa da NPT com sucesso através do CCIP comparado com o do grupo placebo (48,4%), sendo que a diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,3$). Os pesquisadores observaram, também, que não houve diferença significativa na incidência de sepse relacionada com cateter, hipertrigliceridemia, hiperbilirrubinemia, coagulopatia ou hemorragia intraventricular entre os dois grupos. Assim, concluíram que a adição de heparina à NPT, não esteve associada com uma redução significativa na incidência de oclusão de CCIPs. Entretanto, o tamanho da amostra deste estudo foi muito pequeno para excluir ainda as diferenças bastante marcantes entre os grupos.

Em 2007, Shah et al. realizaram outro estudo multicêntrico, randomizado, controlado, com 201 recém-nascidos também submetidos ao CCIP, sendo 100 deles com infusão de heparina a 0,5 U/ml versus 101 em uso de placebo, e apresentou dois resultados. O primeiro foi em relação ao tempo de permanência do cateter, e o segundo, aos casos de oclusão, sepse relacionada ao cateter, trombose e os efeitos adversos da heparina. Como resultado analisaram que a permanência do cateter nos neonatos foi maior no grupo heparina versus placebo. As variáveis como o sexo, o peso ao nascer, o tipo e a localização do cateter não foram preditores de duração do uso do CCIP. Os demais resultados mostraram

que para aqueles do grupo da heparina versus placebo, a incidência de remoção eletiva do cateter (terapia concluída) foi de 63% vs 42%, a oclusão foi de 6% vs 31%, de trombose foi de 20% vs 21%, e de sepse relacionado ao cateter foi de 10% vs 6%, respectivamente. Assim, os autores concluíram que a infusão de heparina podia prolongar o tempo de permanência do CCIP nos recém-nascidos, possibilitando assim que a maioria destes pudesse completar a terapêutica, sem aumentar os efeitos adversos (SHAH et al., 2007).

A última pesquisa recentemente publicada por Shah e Shah (2008) teve como principal objetivo determinar o efeito da infusão da heparina em recém-nascidos com CCIPs relacionado com a incidência de trombose ao longo do comprimento ou na ponta do cateter. Como objetivos secundários, esperava-se avaliar o efeito da infusão da heparina em relação: à oclusão do cateter, ao número de dias de permanência do cateter, aos episódios de sepse relacionadas com o cateter, ao número adicional de inserções de cateter venoso periférico, e aos casos de arritmias, de anormalidade do perfil de coagulação, de reações alérgicas à heparina, de trombocitopenia induzida pela heparina, de hemorragia intraventricular e de mortalidade. Este estudo foi baseado nos últimos ensaios clínicos realizados por Barrington (2000), Kamala et al. (2002) e Shah et al. (2007), mas apenas os dois últimos ensaios foram analisados, pois apresentaram uma metodologia adequada e os critérios de elegibilidade foram cumpridos. Estes ensaios incluíram no total 267 recém-nascidos e após os dados analisados, verificaram que em ambos os estudos, houve redução do risco de oclusão do cateter. O tempo de permanência do cateter não foi significativamente diferente entre os grupos placebo e heparina, fato este que poderia ser explicado pela remoção destes cateteres somente no final da sua utilização e permanência (SHAH; SHAH, 2008).

No estudo de Shah et al. (2007), por causa do número insuficiente na amostra do estudo realizado por Kamala et al. (2002), e por questões de segurança, foi necessária a abertura do código de randomização, incluindo mais 20% dos recém-nascidos entre os grupos de heparina e placebo. O aumento da incidência de complicações (tendências de sangramento e trombocitopenia) relatados no estudo de Kamala et al. (2002) podem ter seu resultado devido ao aumento da dose de heparina utilizada. Os recém-nascidos do grupo heparina receberam a dose de 1 UI/ml de heparina adicionada na NPT, o que poderia resultar em uma média de > 100 UI/kg/d de heparina administrada aos bebês, ocasionando tais complicações. Os benefícios da utilização da heparina têm que ser ponderados contra os riscos envolvidos, pois os mesmos

incluem as reações alérgicas, as complicações hemorrágicas devido a erro de dosagem, levando à ocorrência de trombocitopenia induzida por heparina (SHAH; SHAH, 2008).

A maioria dos estudos de heparina para cateteres intravenosos periféricos e cateter de arterial umbilical, tem utilizado as doses de 0,25 a 0,5 UI/kg/h, resultando em um máximo de 12 UI/kg/d administrado nos recém-nascidos, e não demonstraram qualquer aumento dessas complicações (SHAH; SHAH, 2008). A dose de 0,5 UI/kg/h utilizada por Shah et al (2007), demonstraram que tais efeitos secundários foram eliminados (SHAH; SHAH, 2008).

Diante de novas informações disponíveis, a partir desta revisão atualizada, pode-se concluir que a heparina foi eficaz na terapêutica intravenosa, possibilitando desta maneira o aumento do número de recém-nascidos que possam concluir a sua terapia, com risco reduzido de oclusão do cateter ou outras complicações previstas com o CCIP. Entretanto, é importante destacar que se essa prática for adotada nas UTINs, como existem efeitos colaterais relacionados ao uso da heparina no CCIP, o monitoramento do quadro clínico do recém-nascido deve ser constante.

Por outro lado, em relação a infecções em bebês submetidos ao CCIP, como medida de prevenção e tratamento de ISRC, foi usado o **Antibiótico Profilático (AP)**, que foi uma técnica onde o lúmen do cateter foi preenchido com uma alta concentração de solução de antibiótico, permanecendo ali por um período de tempo suficiente, até atingir a sua esterilização (GARLAND et al., 2005; FILIPPI et al., 2007). Esta técnica foi introduzida no final da década de 1980 para reduzir a ISRC e está baseada no procedimento de heparina-profilática, que é uma solução utilizada para impedir a oclusão trombótica dos cateteres venosos centrais e também na prevenção da formação de biofilme na superfície interna do cateter (FILIPPI et al., 2007). O uso do antibiótico profilático, além de ser de custo baixo e de ter uma administração relativamente fácil, permite que sejam administradas altas concentrações, sem risco de toxicidade sistêmica e dispersão de microorganismo (FILIPPI et al., 2007).

Garland et al. (2005) realizaram um estudo prospectivo randomizado duplo-cego, num período de um ano, analisando a eficácia e a segurança do CCIP em recém-nascidos de alto risco, com o uso de uma solução profilática de vancomicina-heparina para a prevenção de ISRC, bem como o impacto da solução dos antimicrobianos-profiláticos sobre a colonização e infecção de microorganismos gram-positivos

resistentes à vancomicina. Como resultados obtiveram que a solução profilática de vancomicina-heparina pode ser efetiva somente na prevenção de infecção nosocomial sangüínea, que foi causada por bactérias gram-positivas susceptíveis à vancomicina. Porém, para a prevenção de ISRC por microorganismos gram-negativos, necessitaria de um segundo antibiótico juntamente com esta solução.

Entretanto, um estudo realizado por Safdar e Maki (2006) relatou que a vancomicina profilática praticamente previniu bacteremia por germes gram-positivos quando misturada com a nutrição parenteral ou administrada através de cateteres venosos centrais (CVC). Considerando que os estudos têm demonstrado que a infusão contínua intravenosa de vancomicina profilática tem reduzido as taxas de estafilococcus coagulase-negativo em recém-nascidos com baixo peso ao nascer com bacteremia, esta abordagem foi recentemente desencorajada pelo *Guidelines* de 2002 do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), devido ao eventual risco de seleção de enterococos resistente à vancomicina (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002; SAFDAR, MAKI, 2006). Apenas um relato com vancomicina-profilática demonstrou redução acentuada da ISRC (FILIPPI et al., 2007).

Outra pesquisa randomizada foi recentemente publicada por Filippi et al. (2007), com um outro tipo de solução, o ácido fusídico, que ainda não havia sido testado para prevenção de ISRC. Para os autores, a maioria dos estudos anteriormente realizados em adultos com todos os tipos de cateteres venosos centrais, mostrou que em longo prazo o AP esterilizava os cateteres infectados com êxito, evitando substituições e que a vancomicina-profilática era eficaz na prevenção da bacteremia em pacientes oncológicos e crianças imunodeprimidas, porém são poucas as experiências relatadas em recém-nascidos (FILIPPI et al., 2007). Com base nisto, realizaram um teste preliminar com o ácido fusídico misturado com heparina, para avaliar a preservação da atividade do antibiótico, a fim de chegarem numa concentração efetiva para esterilizar o cateter e o biofilme bacteriano. O AP para tratamento foi normalmente associado com heparina no cateter para evitar a obstrução. A heparina foi estável com a maioria dos antibióticos, porém por si só não exerceu qualquer efeito antimicrobiano (FILIPPI et al., 2007). Como resultado verificaram que o uso da solução do ácido fusídico e heparina foi eficaz na prevenção de ISRC, principalmente quando a prevalência foi de infecções estafilocócicas. Sugerem, ainda, que a escolha da droga seja aquela inclinada a ter menos cepas resistentes e que seja menos dispendiosa.

2.2 AVALIAÇÃO CONTINUADA DO CCIP

Hoje, com os avanços tecnológicos relacionados ao CCIP, é possível realizar diversos procedimentos para instalar e manter os cateteres nos recém-nascidos, com mínimas complicações. Garantir que o recém-nascido receba os dispositivos intravasculares mais apropriados para atender à sua terapêutica intravenosa, durante todo o processo de internação, é responsabilidade de todos os profissionais e, principalmente, dos gestores de saúde. Este enfoque também vem sendo inserido na literatura médica, ainda que de forma bastante tímida.

Particularmente, nas UTINs, o CCIP se tornou um atrativo para a equipe de saúde, pois foi considerada uma técnica de inserção fácil, de manutenção simples e com reduzidos riscos de complicações em relação aos demais cateteres venosos centrais. No entanto, a instalação foi comumente empregada utilizando tecnologias tradicionais com o uso de introdutores que, algumas vezes, tem limites para o sucesso, sendo necessária, em alguns casos, a utilização mais frequente de cateteres periféricos ou mesmo outros tipos alternativos de cateteres venosos centrais (flebotomia), resultando em custos adicionais e aumento do risco para o recém-nascido (PETTIT, 2007).

Tradicionalmente, vários cursos de capacitação e formação têm lugar, em várias regiões do mundo, versando sobre a base técnica para a inserção do CCIP. Estas técnicas podem tanto utilizar introdutores do tipo “agulha divisível” (que são agulhas tipo *scalp* que, ao se dobrarem, permitem que estas se dividam em duas partes), como o *peel-away* (cateteres curtos de material plástico sobre uma agulha metálica. Após a punção venosa, a agulha é removida, permanecendo somente o cateter inserido) (SOBETI, 2004).

Entretanto, novas técnicas avançadas para inserção de cateter, tais como a Técnica de Seldinger Modificada (TSM) e a técnica de troca do cateter, são procedimentos utilizados na prática de instalação de CCIP, em adultos e crianças, e estão começando a surgir também nas UTINs (BAYLEY, 2003; PETTIT, 2007).

A TSM foi uma alternativa ao método tradicional para colocação dos CCIPs, tendo sido publicada pela primeira vez, em 1989, por Goodwin (WALD et al., 2008). Considerado um procedimento minimamente invasivo, a TSM se tornou um método padrão para inserção deste tipo de cateter na prática pediátrica e adulta, devido à sua facilidade de uso e sucesso progressivo (PETTIT, 2007).

Segundo Pettit (2007), as taxas de sucesso para a inserção do cateter pela TSM sozinha são difíceis de serem estabelecidas, porque o uso da TSM combinada com o ultrassom é muito comum. Estes dois procedimentos, quando usados em conjunto, aumentaram o sucesso na inserção do CCIP em pacientes adultos e pediátricos de 65% para 74%, mas quando foram utilizadas as técnicas tradicionais, comparadas com a aplicação de TSM e ultrassom, os índices aumentaram de 86% a 95%.

A vantagem do procedimento da TSM foi a capacidade de colocar um menor cateter intravascular periférico para iniciar a punção venosa, em vez de ampliar o introdutor do CCIP. A abordagem do TSM foi associada à diminuição do trauma venoso e formação de hematoma e minimizou o risco de lesões vasculares ao redor das estruturas nervosas, por causa do menor tamanho do cateter utilizado para punção venosa (PETTIT, 2007).

Devido ao sucesso limitado da inserção do CCIP em recém-nascidos, alguns artigos médicos têm sido publicados, descrevendo a preferência pelo método da TSM. Num estudo com 25 recém-nascidos com peso variando entre 580 a 1.700 gramas os CCIPs foram colocados com sucesso usando o método da TSM. Seis destes bebês haviam sofrido anteriormente de 2 a 4 tentativas de colocação sem sucesso, usando os métodos tradicionais de inserção e em 5 bebês foi utilizado diretamente o método da TSM. Os autores relatam o sucesso em 100% das colocações e sem complicações (FANCONI; FISCHER, 1998).

Alguns autores relataram que essa técnica foi fácil para ensinar a outros profissionais, os quais tiveram sucesso na primeira tentativa e sugeriram que a TSM poderia ser considerada como um método auxiliar ao método tradicional de inserção do CCIP (PETTIT, 2007).

Outro relato descrevendo que a inserção do CCIP foi bem sucedida na primeira tentativa foi em uma pesquisa que considerou 25 a 30 recém-nascidos com peso de 900 a 3.600 gramas, utilizando a abordagem da TSM, e que a ocorrência de complicações relacionadas a este método de inserção, ainda não haviam sido relatadas (BAYLEY, 2003). Fanconi e Fischer (1998) contribuíram, ainda, relatando que em um grande hospital infantil, os médicos inserem 500 CCIPs por ano, em recém-nascidos e pacientes pediátricos, usando o método da TSM. As taxas de complicações não foram relatadas no estudo, e o tempo de permanência do cateter foi comparável aos relatados nas publicações prévias.

Outro procedimento que tem sido enfocado na literatura, e que trouxe benefícios relacionados com o CCIP, foi a técnica de troca do cateter, que permite a inserção de um novo dispositivo dentro da mesma

veia, quando complicações como a oclusão, a quebra ou a posição inadequada do cateter acontecem e requerem a remoção do atual CCIP instalado.

As equipes de CCIP, tanto de adultos quanto de população infantil, muitas vezes, tentam salvar a veia que contém o cateter e propõem a troca do cateter sobre um longo fio guia flexível ou através de uma bainha *peel-away*. No entanto, estas opções têm sido adotadas muito lentamente pelas UTINs (BAYLEY, 2003). A troca de um cateter de longa permanência por um novo, dentro da mesma veia, foi uma opção de fácil utilização, pois além de preservar a veia, evitou traumas para a criança ao se submeter ao procedimento de um novo CCIP. Outra vantagem, ainda desta técnica de troca do cateter foi possibilitar a modificação no tamanho ou número de lúmen do cateter, pois um recém-nascido com um cateter pequeno poderia requerer um cateter maior, ou ainda um de único lúmen poderia necessitar de um cateter de duplo lúmen ou vice-versa (PETTIT, 2007).

A preservação do sistema venoso periférico foi fundamental para garantir a futura instalação de outro cateter periférico, se necessário, e não ficar apenas na dependência de cateteres venosos centrais. Por isso, a TSM é uma possibilidade de instalação do CCIP, quando os métodos tradicionais são inadequados ou foram mal sucedidos, aumentando assim o sucesso do procedimento.

A técnica da troca do cateter por um cateter novo, permitindo a permanência do CCIP por mais tempo, foi outro método que pôde ser utilizado pelas equipes de CCPIs. Entretanto, isto exigiu cada vez mais dos profissionais que cuidassem destes recém-nascidos. Seja em termos de atualização constante de seus conhecimentos e habilidades, seja incorporando novas técnicas à sua prática.

Os autores ressaltaram que ambas as técnicas foram úteis e podem ser incorporadas nas UTINs, mas que ainda faltam estudos para que possam ser comparados os resultados com o intuito de, cada vez mais, apoiarem o procedimento de instalação do CCIP. Deve-se lembrar, entretanto, que o método a ser adotado deve atender às necessidades de cada recém-nascido, individualmente.

Outro método de cuidados técnicos citado na literatura, para a manutenção do cateter, foi a monitorização da pressão da linha interna do cateter para detecção de oclusão nos recém-nascidos com CCIP. Arai, Mouri e Miyamoto (2002) realizaram um estudo com 50 recém-nascidos, a partir de janeiro de 2000, onde foi feito o monitoramento através de um transdutor de pressão conectado na linha de infusão para o

CCIP. Uma bomba de seringa também foi conectada no transdutor para avaliar as diversas velocidades de fluxo e detectar sinais de oclusão do cateter. Após análise, observaram que, na maioria das vezes, as flutuações de pressões ocorriam principalmente com alterações no posicionamento da extremidade do cateter. Verificaram que quando a ponta do cateter estava contra a parede do vaso, as pressões aumentavam, principalmente quando o cateter encontrava-se posicionado nas veias periféricas ou na veia subclávia. Avaliaram também que um dos problemas na oclusão do CCIP, devido à ponta do cateter estar contra a parede do vaso, era o risco de extravasamento de fluidos, levando a complicações como derrame pericárdico ou derrame pleural. A fisiopatologia do extravasamento de fluido se deve à lesão química do endotélio pela infusão de fluidos hipertônicos ou mesmo pela perfuração do vaso ocasionada pela ponta do cateter (ARAI; MOURI; MIYAMOTO, 2002).

Estes autores analisaram também que a oclusão da ponta do cateter pela parede do vaso foi marcada pela variação da pressão sanguínea durante a infusão de uma droga vasopressora pelo CCIP, como por exemplo, a dopamina. Assim, quando se detectava a oclusão da ponta do cateter, o fluxo de infusão contendo a droga vasopressora era interrompido e, como consequência, a pressão arterial do recém-nascido diminuía. Com o alívio da oclusão, a pressão arterial aumentava abruptamente, e essas variações poderiam levar ao risco de hemorragia intraventricular no recém-nascido, principalmente nos bebês pré-termos, devido aos traçados de velocidade do fluxo sanguíneo cerebral estarem intimamente relacionados com os padrões da pressão arterial em prematuros. Entretanto, esta variação da pressão arterial poderia ser evitada pelo monitoramento na linha de pressão do cateter. No caso de suspeita de oclusão da ponta dos cateteres, esses pesquisadores recomendaram que o cateter fosse tracionado pelo menos 5 mm, fixando-o adequadamente em sua extremidade, e que o uso de heparina poderia resolver os problemas de trombose nos CCIPs instalados. Recomendaram, ainda, que para evitar as complicações citadas anteriormente, a ponta do cateter deveria ser preferencialmente posicionada na veia cava superior ou na cava inferior (ARAI; MOURI; MIYAMOTO, 2002).

O monitoramento da pressão da linha interna do cateter demonstrou ser mais um benefício para a manutenção do CCIP nos recém-nascidos criticamente doentes, pois além de permitir a detecção precoce e o controle da oclusão do cateter, minimizou as eventuais complicações que pudessem comprometer a terapêutica intravenosa do

neonato durante o período de internação. Ainda, ao se analisarem os cuidados técnicos de manutenção do cateter coube ressaltar novamente que a verificação constante do posicionamento correto da ponta do mesmo pôde evitar complicações tais como: migração do cateter, extravasamento de líquidos intravenosos, levando ao derrame pleural e peritoneal e, nos casos mais graves, efusões pericárdicas e tamponamento cardíaco (EVANS, NATARAJAN, DAVIES, 2004; WEBSTER et al., 2005).

Rotineiramente, nas UTINs, este cuidado foi realizado através da avaliação radiográfica, utilizando-se o exame de Raio-X convencional ou o Raio-X digital. Nos exames convencionais um aparelho de Raios-X emite radiação ionizante, que sensibiliza um filme e é revelado utilizando-se produtos químicos. Já, com a introdução da tecnologia digital, além de dispensar o uso de químicos, existe a possibilidade de manipulação das imagens do que se pretende visualizar, reduzindo assim a necessidade de repetições de radiografias (EVANS; NATARAJAN; DAVIES, 2004).

De acordo com Evans, Natarajan e Davies (2004), o fato de se usar cateteres de estreito calibre e material de silicone de maneira costumeira nos recém-nascidos, torna a visualização dos mesmos mais difícil numa radiografia convencional, sendo que substâncias de contraste têm sido usadas para melhorar a identificação dos cateteres. Entretanto, com a introdução de radiografia computadorizada (RC) e de sistemas de arquivamento e comunicação de imagens (*Picture Archiving and Communication System - PACS*), após o processamento das imagens existe a possibilidade de manipulação das mesmas, modificando o contraste e o brilho, bem como a inversão da imagem, no sentido de melhorar a visualização de cateteres com calibres muito estreitos e pouco opacificados.

Um estudo foi realizado por Webster et al. (2005), com o objetivo de comparar se o Raio-x digital melhorava a localização do CCIP, quando comparado com o Raio-x convencional, usando contraste em ambos os casos. Avaliaram 117 radiografias de 98 crianças dois profissionais, um neonatologista e uma enfermeira que, de modo independente, revisaram todas as radiografias, pelo método digital, para identificar o posicionamento do cateter. Nestas radiografias, eles deveriam relatar se conseguiram visualizar toda a extensão do cateter e identificar onde estava a ponta do cateter. A revisão do posicionamento foi realizada também por um terceiro profissional, mas através do método convencional. Como resultado, das 117 radiografias avaliadas, o

primeiro profissional identificou a ponta do cateter em 83 (71%) radiografias, o segundo identificou em 84 (72%) radiografias, e o terceiro descreveu em 95 (81%) radiografias. Todos concordaram que o cateter podia ser localizado em apenas 55 (47%) radiografias. Os profissionais 1 e 2 modificaram as imagens digitalmente no sentido de ajudá-los a determinar a posição do cateter. Foram usadas diferentes modalidades de manipulação de acordo com a preferência de cada um. O profissional 1 usou uma combinação de manipulação do contraste da imagem e inversão em 94% dos casos e o profissional 2 preferiu usar a inversão e magnificação em 63% dos casos.

Concluindo, o que se pôde observar a despeito de novas tecnologias no manuseio das imagens, foi que a localização precisa do CCIP permanece sendo uma tarefa extremamente difícil. Apesar dos pesquisadores concordarem sobre a melhor posição para a manutenção do cateter, o uso da técnica de radiografia digital não tem sido significativamente melhor do que o uso da radiografia convencional com contraste. Salienta-se, ainda, que as imagens digitalizadas, quando visualizadas numa tela de computador, têm resoluções equivalentes a aproximadamente 94 pontos por polegada (dpi), o que é menos do que uma radiografia convencional (WEBSTER et al., 2005).

Outro assunto que a literatura apontou é o que diz respeito à avaliação continuada do CCIP quanto à dor processual manifestada pelos recém-nascidos, seja no momento de instalação do cateter, devido às tentativas de punção periférica para introduzir o cateter, no manuseio para as trocas de curativos, e também no momento da remoção.

Atualmente, são inúmeros os estudos que abordaram o fenômeno da dor em neonatos, especialmente os pré-termos que, devido à imaturidade dos sistemas, são extremamente sensíveis aos estímulos dolorosos. Hoje já se sabe que os procedimentos que causam dor podem induzir alterações fisiológicas, metabólicas, endócrinas e comportamentais (LEMYRE, 2006; LAGO et al., 2008). Pesquisas recentes demonstram estatisticamente que bebês com idade gestacional entre 25 e 42 semanas chegam a ser submetidos a 134 procedimentos dolorosos dentro das primeiras duas semanas de vida, podendo se submeter, individualmente, em média, a 12,4 procedimentos por dia, quando internados em UTIN (LEMYRE, 2006).

As evidências clínicas têm mostrado que o aumento das repetições dos procedimentos invasivos causa sensibilização central e hiperalgesia, ou seja, aumento da sensibilidade dolorosa, ocorrendo mudanças no processamento da dor e no desenvolvimento da criança (ANAND; SCALZO, 2000). Em vista disso existe sempre a premente

necessidade de encontrar tratamentos eficazes e seguros para aliviar a dor processual nestes neonatos.

O CCIP também é considerado um procedimento invasivo, uma vez que o mesmo age estimulando sensações dolorosas e provocando aflição e agitação nos pequenos bebês. Por esta razão têm sido realizados estudos que pesquisam e indicam o uso de analgésicos para diminuir os efeitos perversos da dor. Porém, sempre em baixa dosagem, porque o mínimo de tecido é envolvido para a inserção do cateter (LAGO et al., 2008). O Consenso Internacional sobre Dor Neonatal, por exemplo, recomendou usar morfina ou fentanil na UTIN aos recém-nascidos submetidos à ventilação mecânica e a outros procedimentos invasivos, como o CCIP. Entretanto houveram dados conflitantes sobre sua segurança e eficácia (ANAND, 2001).

Taddio (2006) destacou que estudos recentes mostraram que a infusão de morfina e de tetracaína a recém-nascidos em ventilação e submetidos à instalação de CCIP proporcionou melhores efeitos analgésicos do que somente a anestesia local, mas que ambos os agentes foram associados com riscos para os neonatos, pois a morfina induzia leve depressão respiratória e a tetracaína causava eritema. Contudo, o autor enfatizou que outros estudos devem ser realizados para a segura utilização de protocolos farmacológicos, que sejam baseados em evidências, a fim de que se tenha um melhor controle da dor durante a instalação de CCIP naqueles bebês que estão em suporte ventilatório.

Outro método relatado por Stevens, Yamada e Ohlsson (2004), e que revelou ser eficaz e seguro na redução processual da dor, é o uso da sucção não-nutritiva da sacarose, sendo administrada a partir de acontecimentos dolorosos, principalmente nos procedimentos de punção venosa periférica e de punção do calcanhar. Entretanto, na prática clínica, a utilização somente da sacarose foi ineficaz e insuficiente para o procedimento de instalação do CCIP.

Mais recentemente, Lago et al. (2008) sugeriram que outra opção farmacológica para diminuir a dor do recém-nascido no procedimento de instalação do CCIP, seria o uso de remifentanil. Este medicamento é um derivado do fentanil, sendo, portanto, um opióide com característica particular, uma vez que seu metabolismo (por esterases não específicas) resulta em depuração plasmática rápida e uniforme, o que confere a este agente previsibilidade de início e término de ação. Por apresentar propriedades e vantagens sobre outros opiáceos, como ação rápida, potência analgésica e efeito sedativo, o seu uso em UTIN tornou-se particularmente adequado no controle da dor durante procedimentos

invasivos. Tal como todos os opiáceos sintéticos, eles são de ação rápida e seus efeitos incluem depressão respiratória e apnéia, hipotensão, bradicardia e rigidez da parede torácica, mas também são de curta duração.

Um estudo randomizado, duplo-cego e controlado foi realizado por Lago et al. (2005) em uma UTIN, com o objetivo de avaliar a segurança e a eficácia de doses baixas de infusão de remifentanil em associação com uma medida convencional não farmacológica (sucção não-nutritiva da sacarose) durante a instalação de CCIP em recém-nascidos pré-termos com ≤ 32 semanas de idade gestacional, e que necessitavam de terapia intravenosa durante as duas primeiras semanas de vida. Entraram no estudo 54 recém-nascidos, com média de 28 (± 2) semanas de idade gestacional, e com peso ao nascer 1.126 gramas (± 337 g), que foram distribuídos aleatoriamente para grupo em infusão de remifentanil (0,03 mcg/kg/min) ou grupo placebo (glicose 5%), sendo que ambos receberam adição de 0,3 ml a 12% de sucção de sacarose não-nutritivas dois minutos antes do procedimento. Para avaliar a resposta de dor relacionada com a instalação do CCIP foram utilizadas as escalas de avaliação da dor, o *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS) e o *Premature Infants Pain Profile* (PIPP). Após análise dos resultados, os pesquisadores concluíram que baixas doses de infusão de remifentanil, combinadas com sacarose por sucção não-nutritiva, é um tratamento eficaz na redução do estresse e da dor provocados pela colocação do CCIP em prematuros, mas não conseguiu tornar o processo de instalação do cateter mais rápido ou mais fácil.

Em outro estudo, os autores sugeriram, ainda, que sejam desenvolvidos estudos randomizados e controlados para confirmar a incidência dos efeitos adversos da infusão do remifentanil em prematuros submetidos a procedimentos invasivos, antes da sua aprovação na rotina clínica (LAGO et al., 2008).

Como citado anteriormente, complicações podem acontecer com os recém-nascidos em uso do CCIP. Entretanto, os avanços tecnológicos na área da terapia intravenosa para as diversas áreas, principalmente para a área neonatológica, com desenvolvimento de pesquisas e novas técnicas podem aprimorar cada vez mais o conhecimento de todo processo de avaliação do CCIP. É importante ressaltar que o CCIP pode levar a algumas complicações sérias, outros procedimentos técnicos estão sendo desenvolvidos e aprimorados para tentar manter o cateter no neonato o tempo necessário para sua terapêutica. Por isso, o empenho dos profissionais, das enfermeiras principalmente, em saber lidar com estas complicações é um desafio diário, pois a avaliação do

procedimento do CCIP é primordial para que a terapêutica intravenosa possa ser terminada sem risco de vida para os recém-nascidos.

2.3 A ENFERMEIRA NEONATAL E A PRODUÇÃO TEÓRICA SOBRE O CCIP

Da produção do conhecimento da enfermeira com relação ao CCIP em neonatos foram extraídos 14 artigos, sendo 07 nacionais e 07 internacionais. Esta produção engloba aspectos voltados à habilitação e capacitação profissional da enfermeira neonatal, ao perfil das enfermeiras com habilitação para implantação do cateter, à formação de equipes de enfermagem especializadas em CCIP e, ainda, à avaliação global da técnica e manutenção do CCIP. Contudo, tal produção ainda é escassa, como apresentarei a seguir.

Desde quando o procedimento do CCIP foi iniciado no Brasil, a partir de 1995, as atenções têm se voltado cada vez mais para o uso deste dispositivo intravascular, principalmente na área neonatal, devido às vantagens e benefícios no campo da terapêutica intravenosa e despertando um grande interesse por parte de muitos profissionais, principalmente, as enfermeiras, em conhecer e capacitar-se para a utilização do CCIP. (RODRIGUES, 2002; LOURENÇO, KAKEHASHI, 2003a). Com isso, vários cursos de **habilitação e capacitação profissional** têm sido realizados com o objetivo de habilitar enfermeiras e médicos que atuam tanto na prática clínica, quanto no ensino, em todas as etapas do procedimento do CCIP em crianças, levando em consideração as peculiaridades de cada faixa etária.

Conforme Rodrigues (2002), nos EUA, o CCIP tem sido realizado por enfermeiras, onde o treinamento formal para realizarem o procedimento é exigido por lei. No Brasil, o procedimento de implantação do CCIP é regulamentado pelo COFEN, ao definir que o enfermeiro será considerado apto a implantar o CCIP, desde que possua curso de capacitação técnica específico para desenvolver este procedimento. O COFEN reconhece, também, os cursos de CCIP, conforme padrões estabelecidos pela *Infusion Nurses Society* (INS) (KISHI, 2002).

A INS é uma organização sem fins lucrativos fundada em 1973 nos EUA, destinada a todos os profissionais de saúde que estejam

envolvidos ou interessados na especialidade da prática da terapia intravenosa. “É dedicada ao avanço da terapia com qualidade para os pacientes, reforçando a especialidade, através de rigorosos padrões de conduta e de ética profissional, promovendo a investigação e educação em enfermagem na prática da terapia intravenosa” (INS, 2008, p. 3, tradução nossa). No Brasil, a INS foi fundada em 2002 e os objetivos desta associação são semelhantes aos da americana, que é fornecer informações aos profissionais da área de saúde que busquem a excelência em terapia intravenosa (KISHI, 2002).

Rodrigues (2002), em um dos seus primeiros artigos publicado sobre CCIP em neonato no Brasil, relatou ao leitor o modo como foi concebido e desenvolvido o curso que habilita o enfermeiro para a implantação do CCIP, com base na regulamentação do COFEN, através da Resolução 258/2001. O artigo foi elaborado a partir do CD-ROM multimídia “Cateterismo Epicutâneo em Neonatologia”, usado como material didático de apoio a profissionais e estudantes interessados por esse tema, recentemente introduzido no Brasil. Tal CD foi elaborado pela própria autora do artigo e foi lançado no 54º Congresso Brasileiro de Enfermagem, em 2002. Em linhas gerais, neste texto, a autora explanou que o curso teórico tem por objetivos: definir cateter central de inserção periférica; descrever as indicações e contra-indicações para o uso do CCIP no recém-nascido; indicar as veias de escolha e os sítios de localização do CCIP; descrever as principais complicações do uso do CCIP assim como sua prevenção e tratamento; elaborar um protocolo para o uso do CCIP de acordo com sua realidade institucional; descrever os passos da técnica de implantação do CCIP; e relacionar os cuidados necessários para implantação, manutenção e remoção do CCIP (RODRIGUES, 2002).

O texto destacou que o CCIP é um procedimento que, além de representar vários benefícios para os pacientes e vantagens para a instituição, também é visto como um grande avanço para as enfermeiras que atuam em terapia intravenosa. Dessa maneira, é importante que a enfermeira busque obter sua habilitação e capacitação em cursos reconhecidos, de qualidade, e que proporcionem plena segurança (RODRIGUES, 2002).

A literatura também apresenta resultados de estudos que versam sobre o **perfil das enfermeiras que instalam o CCIP**. Desde que o sistema começou a se utilizar no Brasil, e sendo reconhecido como uma atividade lícita ao enfermeiro, no sentido da sua instalação e aplicação na prática assistencial, alguns estudos vêm despontando, porém, concentrados na região sudeste do país.

Um estudo realizado por Vendramim, Pedreira, Peterlini (2007) teve como objetivo descrever a utilização do CCIP pelos enfermeiros das unidades neonatais e pediátricas de hospitais do município de São Paulo e verificar a influência de características das instituições sobre a utilização do cateter, contribuindo para análise das práticas relacionadas à sua aplicação na terapia intravenosa. A coleta de dados foi realizada no período de agosto a outubro de 2003, mediante aplicação de questionário com 410 enfermeiros que trabalhavam nessas instituições. Como variáveis, elegeram a caracterização das instituições, dos enfermeiros e também em relação à utilização do CCIP. Para variáveis de caracterização das instituições foram empregadas: fonte mantenedora, finalidade de ensino, tipo de unidade de internação, utilização do CCIP e motivo para não utilizá-lo. As referentes à caracterização dos enfermeiros foram: tempo de formado, realização de curso de pós-graduação, inserção do CCIP e modo de aprendizado para sua inserção. Ainda, com intuito de identificar alguns aspectos diretamente envolvidos com a prática, foram selecionadas as variáveis: uso de protocolo para inserção, manutenção e retirada do CCIP, ficha de registro, existência de consentimento informado por escrito e identificação de complicações mecânicas, locais, sistêmicas e durante a retirada do cateter. Os dados foram analisados estatisticamente, utilizando categorias apresentadas conforme frequência absoluta e relativa e, para o estudo de correlação, o teste do Quiquadrado, com nível de significância em 0,05 (VENDRAMIM; PEDREIRA; PETERLINI, 2007).

Como resultado da pesquisa, a autora verificou quanto à caracterização da instituição, em relação à fonte mantenedora, que 57% dos enfermeiros trabalhavam em instituições privadas, 34% em instituições públicas e 8,1% em instituições mistas; sendo que desses, 50,9% trabalhavam em instituições de ensino. Quanto ao tipo de unidade, 61,6% dos enfermeiros trabalhavam em áreas de pediatria, 24,2% em neonatologia e 19,6% nas duas especialidades. Com relação à utilização do CCIP, 52,0% dos enfermeiros trabalhavam em locais em que o uso do CCIP não era utilizado. Os resultados quanto aos motivos para não utilização dessa prática foram os seguintes: devido a aspectos relacionados com a falta de conhecimento técnico-científico para o uso do cateter (83,5%), devido à falta do dispositivo na instituição (39,1%) e devido à inexistência de indicação clínica para a sua utilização em crianças (34,8%). Em relação aos aspectos relacionados à caracterização dos enfermeiros, a média de anos de formação foi de 8,2 (\pm 6,5), sendo

que a maioria dos profissionais possuía apenas cursos *Latu Sensu* (96,5%) e os que tinham cursos de pós-graduação *Stricto Sensu* eram pouco mais da metade (68,7%). Já, quanto à área de estudo, a porcentagem foi similar entre a pediatria e neonatologia (50,9%) e para outras áreas (49,1%). No que diz respeito à participação dos enfermeiros na realização da inserção do CCIP na sua prática, foi verificado que apenas 81 (19,9%) dos enfermeiros responderam que realizavam o procedimento nas unidades pesquisadas. Com relação ao modo de aprendizado da prática, quase o dobro dos enfermeiros afirmaram ter aprendido o procedimento, principalmente por meio de qualificação por sociedade de especialistas (47,0%) e com os profissionais da instituição (28,5%). No estudo de correlação da inserção do CCIP pelos enfermeiros, segundo a fonte mantenedora e finalidade de ensino da instituição, verificou-se que tais características não exerceram influência. Já sobre o modo de aprendizado dos enfermeiros sobre a utilização do cateter na unidade, a autora constatou que os enfermeiros qualificados por sociedade eram em proporção maior do que enfermeiros que tiveram outras formas de aprendizagem, destacando-se que a obtenção de conhecimento por meio de cursos de graduação e pós-graduação exerceu menor influência sobre a utilização do CCIP nas unidades. O uso de protocolos para a inserção, manutenção e retirada do CCIP, eram utilizados pelas instituições pesquisadas e a maioria dos enfermeiros (58,5%) afirmaram que utilizavam registros específicos para as informações relativas à utilização do CCIP. Entretanto, quanto à utilização do uso do consentimento informado, por escrito, para a realização dessa prática, a maioria dos enfermeiros (94,2%) revelou que não era realizado. E, por último, com relação às complicações decorrentes da utilização do cateter, identificou-se que o predomínio foi das complicações mecânicas (83,0%) e locais (62,1%), sendo que as do tipo sistêmicas e durante a retirada do CCIP foram pouco citadas pelos enfermeiros (VENDRAMIM; PEDREIRA; PETERLINI, 2007).

Com este estudo, a autora concluiu que o CCIP era mais utilizado nas instituições privadas e de atendimento neonatal, sendo que os aspectos econômico, técnico e científico foram levantados por algumas instituições pesquisadas para a não utilização do procedimento. Outro fator relevante destacado foi que uma pequena proporção de enfermeiros realizava a inserção do cateter, sendo que, destes, a maioria havia realizado curso de qualificação oferecido por sociedades de especialistas. O uso de protocolos para direcionar a prática de enfermagem no emprego do CCIP foi predominante nas instituições, apesar de não ter sido investigado o conteúdo de como estes foram elaborados, e que o termo

de consentimento informado não era uma prática rotineira na maioria das unidades pesquisadas. Em relação às complicações relacionadas com o cateter, as do tipo mecânicas e locais foram as relatadas com maior frequência.

De uma maneira geral, a autora mostrou, através dessa pesquisa, fatores importantes que estão relacionados com o uso do CCIP pelos enfermeiros que atuavam em unidades pediátricas e neonatais de hospitais do município de São Paulo e, também, as características dessas instituições sobre a utilização do cateter e sua aplicação na prática da terapia intravenosa.

Dentro da proposta do estudo, o que mais ficou evidente nas variáveis caracterizadas pela autora, foi que apenas uma pequena parcela dos enfermeiros realizava o procedimento do CCIP e sua utilização era mais em hospitais privados, sendo que metade destas instituições era de ensino. Destacou ainda, que havia interesse por parte dos enfermeiros em buscar qualificação para a prática do uso do CCIP, entretanto, fatores econômicos, técnicos e científicos interferiram na sua aplicação no cotidiano assistencial da terapia intravenosa, mas as características das instituições sobrepuseram-se às atividades de ensino na utilização do dispositivo, pois não era visto ainda como algo importante.

Dentro, ainda, do assunto “perfil”, houve uma publicação cubana presente na literatura. Como o tema do CCIP se tornou rapidamente difundido e utilizado nas diversas UTINs, a necessidade de aprendizagem sobre todas as etapas que envolvem o procedimento, o monitoramento do processo, bem como a educação continuada, constituem pontos fundamentais para o desenvolvimento técnico-profissional da enfermeira e transformação qualitativa no atendimento aos recém-nascidos de risco.

Com base nisso, Aguilar e Uria (2008) realizaram uma pesquisa com o objetivo de identificar a preparação e o desempenho da técnica do CCIP e o perfil das enfermeiras graduadas nos diferentes serviços de UTINs na cidade de Havana, em Cuba. Uma metodologia foi elaborada para avaliar o desempenho profissional das graduadas como forma de contribuir na solução das dificuldades que surgissem na atenção das enfermeiras, originadas entre outras causas de erros e insuficiência de formação e, ainda, pelas necessidades de superação que impõem o desenvolvimento técnico-científico. Em relação à técnica foram realizados encontros com 43 enfermeiras e as variáveis utilizadas para obtenção dos dados foram: inclusão da técnica em plano de estudo, forma como adquiriu os conhecimentos sobre a técnica e domínio dela.

Como resultado, 39 (90%) das enfermeiras entrevistadas considerou importante a inclusão da técnica no programa de licenciatura de enfermagem, o que revelou que a maioria ainda não havia alcançado um bom desempenho nos serviços onde atuavam e que a necessidade de desenvolver estratégias para a capacitação dos mesmos era importante. Quanto à investigação sobre como obtiveram os conhecimentos da técnica do CCIP, 02 (9,9%) enfermeiras responderam que foi por meio de oficinas e 20 (90,1%), através de um grupo de *experts* que visitaram as maternidades, orientando e demonstrando a prática e os benefícios do CCIP. Por último, verificou-se que 21 (34,9%) enfermeiras ainda não possuíam o domínio da técnica do CCIP. Com isso, as autoras concluíram o estudo, relatando que a realização do procedimento do CCIP não está incorporada no currículo, que a maioria das enfermeiras adquiriu o conhecimento por *experts*, ao invés de se garantir cursos de capacitação. Concluíram também que a técnica do CCIP não é conhecida por todas as enfermeiras que trabalham em UTINs (AGUILAR; URIA, 2008).

Do ponto de vista da importância da formação de grupos de enfermeiras especialistas em CCIP, Sharpe (2006) descreveu como foi a trajetória da criação de um programa para **capacitar e formar equipe para o CCIP**, com objetivo de prover cobertura para inserção, cuidados, manutenção e remoção do cateter durante 24 horas. O programa para formar uma equipe de CCIPs iniciou em 1998 em um hospital da Flórida, sendo que apenas 20 das 120 enfermeiras neonatais, que faziam parte do corpo de enfermagem, foram indicadas para fazerem parte do primeiro workshop de CCIP, tornando-se treinadas e habilitadas para a realização do procedimento. A partir disso, uma equipe multidisciplinar composta por um médico neonatologista, a gerente de enfermagem, uma enfermeira neonatal, uma enfermeira clínica especialista e enfermeiras registradas selecionadas, formaram a primeira equipe de CCIP (SHARPE, 2006).

Segundo a autora, a seleção da equipe de enfermeiras foi baseada nas habilidades em acesso venoso, espírito crítico, comunicação, liderança, vontade em participar, pois se tinha a pretensão de designar um número igual de pessoas nos turnos do dia e da noite, com um líder de equipe de CCIP para representar cada turno. O objetivo da equipe era dar cobertura, nas 24 horas, para a todo o processo de instalação, cuidados de manutenção e remoção dos cateteres e também servir como recurso para a gerência de enfermagem no sentido de minimizar as complicações (SHARPE, 2006).

Para que uma equipe de CCIP possa crescer e se desenvolver é

necessário o fornecimento da educação inicial, a qualificação continuada, o suporte diário da equipe, a informação e suprimentos que possibilitem o uso completo do seu potencial. De todos esses tópicos, a autora dá mais ênfase ao suporte da equipe. Relata que uma equipe de CCIP não se desenvolve apenas com as atividades diárias, mas também que necessita tornar-se forte e ser impulsionada a frente e para o futuro, permitindo que se desenvolvam novas evidências e melhores novas práticas na área do acesso vascular. Reforça, ainda, que o avanço dos programas educacionais, principalmente para a equipe de enfermagem, teve impacto direto na redução de potenciais complicações, contribuindo para o sucesso do programa do CCIP (SHARPE, 2006).

Finalizando, a autora destaca também, que a equipe de CCIP desenvolveu-se como uma positiva e efetiva defensora do acesso vascular em seus recém-nascidos. O CCIP não demorou muito para ser escolhido como uma das primeiras opções de dispositivo vascular central a ser utilizado na neonatologia, contribuindo enormemente para o declínio da necessidade de colocação cirúrgica de outros cateteres centrais, espelhando-se nas experiências de outras unidades que desenvolveram equipes similares (SHARPE, 2006).

Linck, Donze e Hamvas (2007) relatam também a experiência de uma equipe de CCIP, no Children's Hospital de Omaha nos EUA, que durante os últimos 14 anos instalou mais de 3400 cateteres e formou mais de 50 enfermeiras para instalar os CCIPs a cabeceira do leito. Evidenciam que a evolução da equipe ocorreu devido à formação da comissão e subcomissões. A comissão era formada por duas equipes de CCIPs que tinham grande experiência em utilizar o dispositivo em crianças, formada por médicos neonatologistas e enfermeiras com liderança de equipe de enfermagem. Dessas, quatro subcomissões surgiram para dividir as responsabilidades na formação de outras equipes de CCIPs, sendo elas as subcomissões da educação, orientação, qualificação, aperfeiçoamento e qualidade. A subcomissão era responsável pela formação dos membros da equipe de CCIP e pela atualização do pessoal da UTIN sobre as mudanças no processo, atendimento dos representantes de cateteres vasculares e de equipamentos. A subcomissão de orientação tinha como principal objetivo desenvolver uma orientação específica para inserção e acompanhamento do CCIP em lactentes, através das revisões anuais dos protocolos conforme instituídos pelo CDC. Já a subcomissão da qualificação desenvolvia um processo baseado na instituição para a qualificação das enfermeiras para instalar o CCIP. Por meio de

encontros com a comissão de Gestão de risco do hospital foi possível que essa equipe determinasse a necessária documentação de habilitação para a colocação do CCIP. E, a última, a de aperfeiçoamento e qualidade foi uma subcomissão de grande destaque, pois desenvolveu um formulário para coleta de informação que permitiu ser adicionado mais tarde ao sistema computadorizado e programa de data base para monitorar cuidadosamente a prática através de relatórios e revisões mensais, incluindo os dados como a localização da ponta do cateter, as complicações, número de dias de inserção do cateter no mesmo local e casos de infecção (LINCK; DONZE; HAMVAS, 2007).

Em síntese, os programas para a formação de equipes de CCIPs e o desenvolvimento delas como já foram relatadas, demonstra o quanto que este dispositivo tornou-se, nos últimos anos, tão importante que, principalmente em hospitais de grande porte, a necessidade foi emergente de formar e qualificar várias equipes de enfermeiras para atuarem em cada área do processo do CCIP. Com isso, pode-se constatar que os procedimentos de inserção e manutenção têm se tornado mais consistente, não apenas por causa do desenvolvimento de programas de treinamento formal e de protocolos específicos, mas também pelo interesse e envolvimento da equipe de enfermagem, especialmente das enfermeiras assistenciais que identificam os recém-nascidos que poderão se beneficiar do uso do CCIP, pois são elas que realizam todas as etapas da avaliação do procedimento de instalação, manutenção e remoção do cateter.

A avaliação global da técnica e manutenção do CCIP é outro ponto relevante que tem sido destacado na publicação de enfermagem, pois as autoras destacam que todo o processo necessita de vigilância e monitorização contínua para identificar precocemente as complicações que porventura possam acontecer durante o período em que o cateter permanecer no bebê.

Tal assunto, por exemplo, foi ressaltado em artigo publicado por Lourenço e Kakehashi (2003b), relatando uma pesquisa que realizaram com 135 neonatos, com idade gestacional entre 25 e 38 semanas, com peso que variava entre 680 a 3180 g, e que haviam sido submetidos à cateterização durante o período de junho de 1998 a dezembro de 2001, sendo que o objetivo era analisar a média de permanência dos cateteres, os locais de inserção, a localização da ponta do cateter, as complicações e o índice de infecções relacionadas ao cateter, além de fazer uma comparação com os dados da literatura. Como resultados, obtiveram que a média de permanência dos cateteres foi de 16 dias (40%), sendo que a retirada do cateter por término da terapêutica intravenosa e por ocasião

da alta hospitalar contribuiu para esta porcentagem. O local onde os cateteres foram inseridos foi em número de 36 (27%) na veia basilíca esquerda, de 34 (25%) na direita, 22 (16%) na veia temporal direita e 14 (10%) na temporal esquerda. Esses resultados mostraram que a veias utilizadas, conforme proposto pela literatura, estavam apropriadas para a inserção do dispositivo, por possuírem melhor visualização, maior calibre, e por possibilitarem melhor fixação do curativo na pele, o que contribuiu para aumentar o tempo de permanência. A localização da ponta desses cateteres, em 85,2% dos casos, ficou posicionada em veia cava superior, demonstrando um índice alto de sucesso da implantação do cateter.

Em relação às complicações não infecciosas que alteraram o tempo de permanência do cateter, obtiveram que: cinco (3,7%) apresentaram edema local após 24 horas de inserção; quatro (3%) foram retirados acidentalmente, devido ineficiência do curativo, e por apresentarem localização inadequada (veia jugular); trinta e um (22,9%) desses cateteres apresentaram obstrução, por formação de fibrina e/ou cristais no lúmen do cateter; sete (5,2%) apresentaram perfuração no canhão devido à manipulação inadequada do cateter pelos profissionais; um cateter apresentou complicação de derrame pleural por infusão de nutrição parenteral após 11 dias de implantação; um outro foi retirado, após dois dias de permanência, por necessidade de um calibre maior para realização de exsanguíneotransfusão; cinco (17,7%) cateteres foram retirados precipitadamente por apresentarem suspeita de infecção, apesar de as culturas realizadas não comprovarem a existência de infecção; vinte e um recém-nascidos (15,5%) foram a óbito, mas não atribuído ou relacionado ao cateter; cinco recém-nascidos foram transferidos com os cateteres (17,7%) para outros serviços hospitalares. Para as autoras, estas complicações não infecciosas apresentadas podem estar relacionadas a diversos fatores que alteraram o tempo de permanência do cateter e precipitaram a sua retirada (LOURENÇO; KAKEHASHI, 2003b).

As autoras Lourenço e Kakehashi (2003b), ao realizarem a comparação das complicações não infecciosas com a literatura, demonstraram que: os casos de edema estavam relacionados com o mau posicionamento do cateter e também com a inexperiência dos profissionais na instalação do mesmo; os curativos mal fixados estavam relacionados com a localização da inserção do cateter, sendo que a literatura recomenda que a instalação do CCIP seja, preferencialmente, na fossa antecubital do antebraço próximo a dobra do cotovelo; as

obstruções dos cateteres pareciam estar relacionadas com o uso da vancomicina, pois após o início da infusão o cateter se torna mais lento, mas sugeriram estudos mais aprofundados para confirmarem esta hipótese; a manipulação inadequada do cateter ocorreu principalmente pelo não seguimento das recomendações corretas das técnicas pelos profissionais; com relação ao caso apresentado de derrame pleural por NPP, a hipótese mais provável estava relacionada ao mau posicionamento do cateter. Quanto à troca do cateter para realizar exsanguíneotransfusão, a literatura mostra claramente que os CCIPs não são utilizados para este fim, devido ao lúmen do cateter ser muito pequeno e haver risco de obstrução do mesmo; os cateteres retirados precipitadamente por suspeita de infecção, sem comprovação das culturas, podem comprometer o tratamento terapêutico do recém-nascido, pois existem critérios para retirada e devem estar relacionadas com a clínica do recém-nascido. Aqui vale destacar o que aponta o CDC, ou seja, quando da retirada dos cateteres, a ponta deve ser encaminhada para laboratório para realização da análise microbiológica através da técnica de Maki. Esta técnica consiste no rolamento da ponta do cateter em uma placa de Ágar Sangue, onde serão realizadas as contagens das Unidades Formadoras de Colônias (UFC) por campo. Se a contagem for de mais de 15 UFC por campo, estão associados à infecção do cateter, e se as contagens estiverem abaixo deste número, estão sempre associadas à colonização (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002).

Quanto às infecções relacionadas ao cateter, o estudo constatou oito casos que apresentaram culturas positivas, tanto das hemoculturas colhidas do cateter, como da ponta do mesmo, depois da retirada. Destes oito, quatro apresentaram *staphylococcus epidermidis*, com média de permanência de 11,7 dias, mas evidenciaram somente colonização do cateter. Em dois cateteres foram detectados *escherichia coli* no 11º e 14º dia de instalação, com sinais clínicos e laboratoriais de infecção. Um cateter teve presença de *serratia marcescens* no 10º dia de instalação e com sinais clínicos de infecção, e o último caso apresentou *leveduras* somente na alta hospitalar, após 67 dias de cateter instalado, porém não teve sinais clínicos de infecção (LOURENÇO, KAKEHASHI, 2003b).

Ao analisar os dados, as autoras verificaram que somente três casos (2,2%) apresentaram infecção relacionada ao cateter e ao comparar esses dados com a literatura, constataram que o índice era aceitável, pois para quem faz uso de cateter venoso central, os índices de infecção relacionados aos mesmos podem variar entre 2% a 22% (LOURENÇO; KAKEHASHI, 2003b).

Ainda relacionado com a avaliação técnica do uso do CCIP, López, em 2004, realizou um estudo descritivo, transversal e retrospectivo, com objetivo de demonstrar os benefícios do uso do CCIP em 37 recém-nascidos da UTIN do Hospital Gineco-obstétrico América Arias na cidade de Havana em Cuba, durante o período de janeiro a dezembro de 2001. A técnica utilizada foi a observação dos documentos dos registros médicos e os dados considerados para o estudo foram a idade gestacional, a permanência do cateter, o tempo de internação do recém-nascido no serviço, o motivo de indicação, o local de inserção, as complicações associadas ao cateter e o motivo de retirada. Como resultado, obteve-se que as causas mais frequentes para indicação do uso do CCIP nos recém-nascidos foram a sepse adquirida (32,4%), a broncopneumonia congênita (18,9 %) e a asfixia perinatal (16,2 %). O local de inserção do cateter foi preferencialmente nas veias dos membros superiores, onde a execução da técnica ocorreu com mais facilidade, sendo que em 14 neonatos (37,9%) a inserção foi em membro superior direito e em 9 neonatos (24,3%) foi em membro superior esquerdo. Em relação às complicações, foram detectadas inflamações locais, sendo três casos de flebites (8,1%), dois casos de extravasamento (5,4%), e somente um caso registrado de sepse relacionado ao cateter (2,8%). Os demais, 31 dos recém-nascidos (83,7%), não apresentaram nenhuma complicação do CCIP durante o período da pesquisa. O principal motivo para a retirada do cateter foi por término da terapêutica intravenosa, que ocorreu em 22 bebês (59,5%). A média do tempo de permanência do cateter instalado nos recém-nascidos foi de 12 dias (máximo de 23 dias e mínimo de 3 dias) e a média do tempo de internação dos recém-nascidos na unidade foi de 18 dias (máximo de 46 dias e um mínimo de 4 dias). O autor concluiu que as experiências alcançadas com os resultados desse estudo contribuíram para os outros serviços em neonatologia daquele país (LÓPEZ, 2004).

Rocha et al. (2006) realizaram um estudo descritivo e retrospectivo, com a finalidade de avaliar o uso do cateter epicutâneo nos recém-nascidos em pré-operatório de cirurgia cardíaca, em um serviço de neonatologia. Os dados foram coletados a partir do protocolo de CCIP no período de maio a junho de 2006, considerando para análise: idade do recém-nascido, tempo de internação, permanência do cateter, motivo de indicação do CCIP, local de inserção, complicações associadas ao cateter e motivo de retirada. Quanto à constituição da amostra, 11 lactentes entraram para o estudo, sendo 73% do sexo masculino e 27 % do sexo feminino. O peso variou entre 2 kg a 10 kg e

a idade entre 1 a 12 meses, sendo que para a maioria (6 lactentes), a faixa etária variou entre 7 a 12 meses. O tempo de internação ficou em média 25,8 dias e o tempo máximo de permanência do cateter foi de 20 dias. O motivo de indicação para implantação do CCIP foi de 48% para o uso de antibioticoterapia prolongada, 35% para administração de drogas vasoativas, 13% para infusão de NPT e apenas 4% para o uso no pré-operatório de cirurgia cardíaca. Os locais de inserção do CCIP mais frequentes foram a veia jugular direita (37%), a veia jugular esquerda (27%) e o MSD (36%). Em relação às complicações associadas à inserção do cateter, verificaram que em 91% dos casos não houve complicações, apenas 9% dos casos apresentaram bradicardia e diminuição da saturação. Por último, o motivo da retirada do cateter ocorreu em 37% dos casos por término do tratamento, 27% foram devido à complicação de obstrução do cateter, 18% dos casos por ocasião de transferência para outra instituição e 9% devido à quebra do cateter. Com este estudo concluíram que a instalação do CCIP para as crianças portadoras de cardiopatia congênita é um desafio para a enfermeira, devido principalmente ao quadro de instabilidade hemodinâmica em que muitos se encontravam. Por outro lado, demonstrou ser uma excelente alternativa, pois essas crianças em fase pré-operatória de cirurgia cardíaca são dependentes por tempo prolongado de medicamentos com concentrações elevadas, principalmente das drogas vasoativas.

Rodrigues, Chaves e Cardoso (2006), em uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva realizada em uma UTIN de um hospital de Fortaleza, investigaram a atuação do enfermeiro no cuidado com o CCIP em recém-nascidos de alto risco, nos meses de julho e agosto de 2004. A amostra foi composta por 17 enfermeiros assistenciais que trabalhavam nessa unidade, nos diferentes turnos, sendo responsáveis pela manutenção e remoção do cateter, e que auxiliavam na inserção do CCIP, realizada apenas por duas enfermeiras e duas médicas neonatologistas habilitadas para realizar o procedimento. Os dados foram coletados por meio de questionário com perguntas abertas e fechadas sobre a utilização, os cuidados e a manutenção do CCIP.

Como resultados, no que se referiu à instalação do CCIP, tiveram mais de um item como resposta, sendo 11 por acesso venoso precário, seguidos por 10 por necessidade de um acesso por um período superior a seis dias, e três por necessidade do acesso por mais de 12 meses. Já, para as veias de eleição para inserção do CCIP, as participantes citaram que tiveram mais de um item como resposta, ou seja, nove na basilíca, cinco na antecubital mediana, três na antebraquial mediana, uma na

cefálica e uma sem resposta. As autoras destacam que neste item havia desconhecimento das enfermeiras sobre a veia de eleição, pois a veia cefálica obteve apenas uma resposta. Ressaltaram que, segundo a literatura, quando a rede venosa está preservada, a basilica é a veia de primeira escolha para inserção do CCIP, seguida pela veia cefálica. Com relação aos cuidados com o CCIP, os entrevistados citaram: 17 respostas para os itens da lavagem do cateter com água destilada, antes e após a medicação, e para a lavagem das mãos antes e após o manuseio com o CCIP; 15 respostas para os itens da troca de curativos a cada 07 dias, a realização de Raio-X após a inserção do cateter e a limpeza das torneiras com álcool a 70%; 13 repostas para a troca de torneiras; 05 respostas para a lavagem do cateter 03 vezes ao dia e, por último, 03 respostas para o uso de seringas de 10 ml. No que diz respeito à finalidade do curativo do CCIP, os participantes consideraram mais de uma opção como cuidados importantes. Citaram: a troca do curativo - por falta de integridade da película (14 vezes), porque proporciona um ambiente estéril (13 vezes), porque evita a danificação do cateter (12 vezes), porque previne a migração do cateter (06 vezes) e 01 sem resposta. Quanto à fixação do cateter, a maioria das participantes respondeu que o cateter deve ficar fixo à pele com uma película transparente, que seja impermeável aos microorganismos e que permita a evaporação da água. Para as atitudes dos enfermeiros diante das complicações do CCIP, 15 respostas foram assinaladas para a investigação da causa, sendo 07 para a solicitação de Raios-X, 05 para suspensão da infusão e 02 para a retirada do cateter imediatamente. Diante dessas respostas, as autoras constataram que as enfermeiras sentem dificuldades em investigar as causas das complicações, situação esta, vivenciada no cotidiano da UTIN. A partir da análise, as autoras concluíram que há lacunas na fundamentação teórico-prática dos enfermeiros e que o manuseio deste tipo de dispositivo requer conhecimento, habilidade e qualificação dos profissionais para garantir uma assistência de qualidade.

Outro estudo recentemente publicado por Câmara, Tavares e Chaves (2007), também teve como objetivo analisar o uso do CCIP em 52 recém-nascidos de uma unidade pública de Fortaleza, no período de um ano. Para a coleta de dados foi utilizado um formulário contendo registros de identificação do recém-nascido e informações sobre local de inserção, tempo de permanência e complicações pós-inserção do cateter. Estiveram envolvidos 52 recém-nascidos, com a idade gestacional variando entre 25 e 36 semanas e peso entre 700 a 3000 g, sendo que a maior prevalência era de pré-termos com peso entre 1001 a 2000 g.

(59,6%) e ainda, prevalência do sexo masculino (57,6%). Os locais de eleição para inserção do cateter foram a veia basilica (30,8%), a veia cefálica (23,1%), a veia axilar (23,1%), a veia do dorso da mão (21,1%) e a veia jugular (1,9%). O tempo de permanência do CCIP foi em média de 14 dias, com valor mínimo de um dia e máximo de 70 dias. As complicações que ocasionaram a retirada do cateter foram: 19,9% devido à ruptura externa do cateter, 9,6% devido à hiperemia, 9,6% devido a edema no hemitórax, obstrução e exteriorização acidental, 2% devido à síndrome da veia cava superior, e 2% decorrente de hiperemia com exsudato no óstio. A retirada por término do tratamento ocorreu em 48% dos cateteres. Como conclusão, as autoras constataram que a instalação do CCIP ocorreu com maior frequência em recém-nascidos pré-termos de baixo peso e que, apesar da prematuridade ser um fator de risco para complicações relacionadas ao cateter, ainda a retirada do cateter por término da terapia intravenosa teve um percentual elevado, quando comparado com as outras causas de remoção.

Observou-se que as enfermeiras têm enfatizado que as complicações relacionadas com o CCIP podem ocorrer em qualquer fase da terapêutica, seja durante a inserção, ou mesmo após a retirada do cateter. Os fatores de risco associados com os CCIPs são diferentes dos cateteres intravenosos periféricos, devido ao seu longo tempo de permanência, por serem cateteres com localização central e com potencial risco para migrar (PETTIT, 2002).

Tal é a importância desse assunto que uma autora enfermeira escreveu dois artigos com o mesmo título: “Avaliação de lactentes com cateter central inserido periféricamente”, um deles publicado em 2002 e o outro em 2003. No primeiro, focalizou a detecção das complicações mais frequentes. Inicialmente, a autora realizou uma revisão específica da anatomia do sistema vascular e uma discussão sobre os locais apropriados para colocação do cateter. Em seguida, descreveu as orientações importantes para a avaliação constante do cateter, que incluíram: a identificação da veia de inserção, verificação da localização da ponta do cateter através do Raio-X e, ainda, a inspeção do sítio de inserção e da palpação no trajeto do cateter. Relatou, também, sobre as recomendações para a padronização do procedimento e a importância do protocolo do CCIP. Por último, a autora apresentou uma análise dos sinais e sintomas das complicações mais frequentes do CCIP, tais como a oclusão e a incidência de infecções sanguíneas relacionada ao cateter. Concluiu, reforçando a importância do CCIP na assistência para o neonato e que as complicações podem limitar a longevidade do cateter e contribuir para significativos casos de morbidade e mortalidade.

Ressalta que muitas complicações podem ser evitadas ou minimizadas com a detecção precoce e agilidade no tratamento (PETTIT, 2002).

No segundo artigo, a autora enfatizou a importância da contínua avaliação sistemática dos CCIPs, destacando as complicações menos específicas desse dispositivo como a migração do cateter, deslocamento, quebra do cateter, flebite, trombose e, também, as complicações com risco de morte, os derrames pleurais e pericárdico e tamponamento cardíaco. Foi realizada uma revisão da etiologia de cada complicação, apresentando a descrição de sinais e sintomas e também as principais intervenções clínicas (PETTIT, 2003).

Recentemente, Jesus e Secoli (2007) realizaram uma revisão de literatura com o objetivo de abordar as principais complicações decorrentes do uso do CCIP. Para tal revisão, as autoras consideraram as publicações em periódicos de enfermagem e livros especializados em terapia intravenosa no período de 1999 a 2006. Nesse artigo relatam que as complicações relacionadas ao CCIP podem ser locais, sistêmicas ou circunstanciais. As complicações locais estavam relacionadas com o cateter, podendo ser a flebite, a infecção local e a trombose. Também revisaram as complicações sistêmicas, que estão relacionadas à terapia com o uso do CCIP e incluíam sepse, embolia por cateter e embolia gasosa. Quanto às complicações circunstanciais citaram a oclusão do cateter, a migração, a ruptura e a dificuldade de sua remoção.

Em síntese, muitos estudos demonstram que o CCIP é considerado um excelente dispositivo utilizado na assistência ao recém-nascido pela dificuldade de acesso venoso e, principalmente, por apresentar menor incidência de complicações, quando comparado com outros CVCs. Entretanto, mesmo sendo um dispositivo com baixa incidência de complicações, a sua utilização pode produzir impactos relevantes do ponto de vista econômico para a instituição.

Contudo, as publicações que englobam as complicações do CCIP, sob o ponto de vista da enfermagem, referem que é fundamental que a enfermeira possua conhecimento técnico e científico para detectar precocemente os riscos e as complicações do CCIP e tratá-las adequadamente. Para isso, não basta ter apenas habilitação e certificação fornecidos pelos cursos reconhecidos, mas também a busca constante por informações atualizadas sobre o assunto, para que sua atuação seja efetiva frente a esses eventos complicadores que podem colocar em risco a segurança do recém-nascido e comprometer a qualidade do cuidado prestado.

Ainda outro fator relevante, sob a ótica da enfermeira, é com

relação aos cuidados de manutenção do CCIP, considerado, também, uma etapa crucial para a continuidade da terapêutica intravenosa no recém-nascido.

Em um artigo publicado por Hadaway (2006), a mesma descreveu que a oclusão dos cateteres intravasculares constituíram um problema significativo para a equipe de saúde e que o *flushing* foi a primeira intervenção da enfermagem para manter a permeabilidade da luz do cateter. Segundo a autora, o *flushing* foi um procedimento que visava o enchimento de todo o cateter, bloqueando o sistema e prevenindo o refluxo de sangue dentro da luz do cateter. Por isso, este procedimento deveria constar nos protocolos de cuidados de enfermagem de infusão, nos diversos dispositivos, dentre eles o CCIP, com o objetivo de manter a patência do cateter e prevenir o contato entre medicamentos incompatíveis ou fluidos que possam produzir precipitação. Para isso, especialistas em terapia intravenosa têm, tradicionalmente, usado no *flushing* as soluções de Cloreto de Sódio a 0,9% e Cloreto de Sódio heparinizado.

A técnica do *flushing* do cateter inclui vários componentes: o *flush* da própria solução (cloreto de sódio 0,9% e cloreto de sódio heparinizado), as fontes utilizadas para a solução de *flush* (recipientes de dose única, múltiplas doses, frascos com volumes grandes, seringas preenchidas), o tipo de seringa (recomendado seringas maiores por apresentar menor pressão no êmbolo), os dispositivos de injeção sem agulha (usados para manter pressão positiva dentro do lúmen do cateter), os componentes dos tipos de cateteres (comprimento, volume interno do lúmen – *priming*, possuem válvulas e com impregnação com substâncias anti-infecciosas) e os tipos de bombas de infusão mecânicas (bomba com balão elastomérico fazendo uma infusão contínua de 0,5 ml/h de soro fisiológico). Todos estes componentes, segundo Hadaway (2006) são determinantes para o bom funcionamento do procedimento.

A autora relata ainda, que a técnica do uso de *flushing* produziu um impacto nas infecções sistêmicas relacionadas ao cateter, pois através do bloqueio do sistema houve redução de biofilme intraluminal. O biofilme consiste em uma comunidade de microorganismos envolvidos por uma matriz por meio do qual eles se protegem dos antibióticos, das células de defesas e todos os outros mecanismos anti-infecciosos. Eles se desenvolvem dentro de todos os cateteres de acesso vascular, em ambas as superfícies interna e externa do cateter, e também tem sido encontrado dentro de dispositivos de injeção sem agulha. Sua causa está relacionada tanto com o procedimento de inserção do cateter, por meio da fixação da flora residente de microorganismos da epiderme na

superfície externa do cateter levando para dentro do sistema vascular, como também durante a manipulação do hub, como administração de medicamentos, trocas dos sistemas de equipos e procedimentos de *flushings*. Salientou, também, que o mecanismo pelo qual um biofilme produz uma infecção sistêmica é pobremente conhecido, mas que os possíveis mecanismos como o desprendimento de células ou grupos de células de biofilme, a produção de endotoxinas e a alteração no sistema imunológico do paciente podem ser os principais motivos de infecções sistêmicas relacionadas ao cateter (HADAWAY, 2006). Finalizou, concluindo, que a interação entre tecnologia de *flushing*, técnicas, desenvolvimento de biofilme e a subsequente infecção sistêmica ainda não é muito bem conhecida e requerem mais estudos. Mas, enfatizou ainda que a cada manuseio do cateter, o objetivo primário deve ser reduzir a introdução de microorganismos dentro do lúmen (HADAWAY, 2006).

De maneira geral, diferentemente de outros tipos de cateteres venosos centrais, as complicações relacionadas com o manuseio e a manutenção do CCIP presentes na literatura, ainda constituem um desafio para a enfermeira, por isso, além de conhecimento teórico-prático e o constante aperfeiçoamento nesta área é imperativo, também, que se faça uma avaliação geral de todo o procedimento do CCIP, através de pesquisas, com análise dos dados referentes ao período em que os recém-nascidos permaneceram com o cateter implantado. Conforme apresentei nestes estudos publicados, aspectos inteiramente técnicos e voltados para o caráter instrumental do processo de inserção do cateter têm sido a tônica da produção teórica sobre a avaliação do processo de implantação geral do CCIP.

Ao término deste capítulo, pode-se perceber que a produção atual sobre o CCIP aborda com mais intensidade as publicações em periódicos médicos, enquanto os artigos da enfermagem ainda são escassos. Entretanto, os que foram encontrados abordam os aspectos avaliativos, técnicos e pedagógicos, ou seja, nenhuma publicação foi encontrada sobre o significado que isto tem para as famílias dos recém-nascidos submetidos ao CCIP, o que representa uma lacuna no conhecimento científico, valorizando a importância da presente pesquisa.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta investigação foi sustentada pela Teoria de Enfermagem Humanística, desenvolvida pelas enfermeiras americanas Josephine G. Paterson e Loretta T. Zderad. Trata-se de uma teoria que parte do questionamento e reflexão da prática vivida do cuidado, na medida em que compreende a vida como um fenômeno existencial, inter-humano e subjetivo. A Enfermagem Humanística foi desenvolvida a partir das experiências vividas do ser que cuida e pelo ser que é cuidado, através de uma abordagem existencial, fenomenológica e humanista (PRAEGER, 2000).

Partindo dessa premissa acredito que esta teoria apresenta elementos fundamentais para auxiliar a enfermeira no processo de cuidar da família, através da relação intersubjetiva, proporcionando o *bem-estar* e um *estar melhor*. Além disso, esta teoria, por ter sido desenvolvida sob o foco de uma abordagem existencial-fenomenológica, permite desvelar e compreender a vivência e a experiência da família frente ao cuidado especializado do CCIP aplicado aos recém-nascidos, como também a possibilidade de conhecer e valorizar o significado contextual desse procedimento, pela análise da experiência da família, numa perspectiva de desenvolver o conhecimento da enfermagem na área neonatológica.

Adotei este modelo teórico por acreditar que o cuidado é a essência da enfermagem e é por meio dela que se busca a relação dos seres humanos envolvidos no encontro. Este cuidado exige uma atitude de compreensão da experiência do paciente, a partir da compreensão que a enfermeira tem de si mesma, enquanto ser humano no contexto dos cuidados vivenciados, com a intenção de construir uma assistência centrada nos seres cuidados, na busca de *bem-estar* e *estar melhor*.

Neste capítulo, por conseguinte, foi abordada a Teoria Humanística de Enfermagem, concebida por Paterson e Zderad, e que serviu como guia para a Pesquisa Convergente- Assistencial, que foi desenvolvida com a família do recém-nascido submetido ao CCIP. Para tanto, apresento, inicialmente, as principais idéias deste referencial e, posteriormente, elaborei o marco conceitual específico, com base na realidade em que trabalhei durante a investigação. Com isso, busquei desenvolver conhecimento científico específico, com um olhar diferenciado e uma nova maneira de aplicar a prática de enfermagem.

Por ser uma teoria desenvolvida a partir da prática vivida,

acredito que apresentou subsídios importantes para nortear o processo investigativo, vislumbrando buscar, através do encontro existencial entre a enfermeira, o recém-nascido e a família, o experienciar do significado da utilização da tecnologia do CCIP no contexto da Unidade Neonatal.

3.1 A TEORIA HUMANÍSTICA DE ENFERMAGEM

A teoria da prática de enfermagem humanística, assim como definem as enfermeiras americanas, Josephine G. Paterson e Loretta T. Zderad, autoras do livro *Humanist Nursing*, publicado em 1976, é considerada uma mudança na ciência positivista do processo de cuidado em saúde e em enfermagem, voltando-se para a reflexão e busca dos significados através da experiência real dos seres humanos, fundamentados em princípios filosóficos.

Esta teoria foi desenvolvida a partir de vários anos de experiências na área da enfermagem clínica e psiquiátrica, baseados na prática de observação e vivências dos pacientes psiquiátricos, estudantes, enfermeiros e outros profissionais, onde surgiram questionamentos e reflexões acerca do modo como eles todos interagem diante de situações de enfermagem (BARRETO; MOREIRA, 2001).

Paterson e Zderad, quando desenvolveram esta teoria, foram fortemente influenciadas por abordagens filosóficas existencialistas, particularmente no que diz respeito ao incremento do saber em enfermagem, e na fenomenologia, no que se refere à pesquisa em enfermagem, configurada no método para o encontro do cuidado entre o ser cuidado e a enfermeira. Acreditavam que o cuidado era um encontro existencial e, assim, deveria ser descrito numa perspectiva fenomenológica (PAULA et al., 2004).

Segundo Praeger (2000), a influência do existencialismo, da fenomenologia, e dos psicólogos humanistas, sofrida por Paterson e Zderad, pode ser vista “em sua ênfase no significado da vida como a mesma é vivida, na natureza do diálogo e na importância do campo perceptivo” (PRAEGER, 2000, p. 243). A influência de estudiosos como Buber, Marcel, Desan, Nietzsche, Hesse, Chardin, Jung e Bergson ficou prontamente clara em seu trabalho (PRAEGER, 2000). Tanto o existencialismo quanto a fenomenologia valorizaram as vivências e as experiências humanas.

Segundo Oliveira, Brüggemann e Fenilli (2003), no existencialismo, a abordagem filosófica busca compreender a vida,

considerando cada indivíduo como um ser singular, único, que enfrenta possibilidades de escolhas que culminam no direcionamento e no significado da vida. Para Meleis (1997), a filosofia existencial não pretende encontrar o porquê da experiência humana, apenas descreve o que é. A existência humana é vista como inexplicável, enfatiza a liberdade de escolha, bem como a responsabilidade pelos seus atos.

Ao considerar o pensamento do existencialista Corey, Praeger (2000) identifica os indivíduos como: a) tendo a capacidade de autopercepção; b) tendo liberdade e responsabilidade; c) lutando para encontrar sua própria identidade, ao mesmo tempo que em relação com outros; d) estando envolvidos numa busca de sentido para a vida; e) tendo que vivenciar ansiedade ou medo ao assumir a responsabilidade por suas próprias vidas; e, finalmente, f) estando conscientes da realidade da morte, para que vivenciem o significado da vida. Assim, como filosofia, o existencialismo pode ser aplicado na enfermagem, pois, enquanto profissão, esta disciplina tem a possibilidade de escolher e de responsabilizar-se pelos seus atos, com o intuito de ir em busca de explicações para o significado dos eventos da vida (PRAEGER, 2000).

A fenomenologia é o significado do fenômeno estudado em si mesmo (a coisa em si), onde o fenômeno precisa ser percebido no seu cotidiano e nas experiências no tempo e no espaço vividos. O enfoque da teoria reconhece esta como fonte de conhecimento. Então, o ser que cuida pode contribuir para o desenvolvimento da enfermagem através da descrição dos fenômenos na prática cotidiana (PATERSON; ZDERAD, 1979). É comumente considerada como tendo influência significativa no desenvolvimento do existencialismo, onde requer uma análise da situação humana a partir da perspectiva da experiência própria do indivíduo (OLIVEIRA; BRÜGGEMANN; FENILLI, 2003). O existencialismo e fenomenologia são paradigmas que se encaixam e que permitiram que a teoria humanística se desenvolvesse.

A Enfermagem Humanística foi considerada como uma teoria da prática da enfermagem por se desenvolver a partir das experiências vividas pela enfermeira e pelo paciente, tornando-se então uma resposta às experiências fenomenológicas dos indivíduos e da exploração das experiências humanas (PRAEGER, 2000). As autoras acreditam que é uma teoria da ciência de enfermagem, pois é desenvolvida a partir de um encontro existencial, permitindo um conhecimento humano do ser cuidador e do ser que recebe o cuidado, de uma forma singular, subjetiva, respeitando os princípios da relação e de cada um no mundo do atendimento em saúde (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A enfermagem foi vislumbrada pelas teóricas como uma “experiência vivida entre os seres humanos, inserida no contexto humano. Por se tratar de uma resposta de alento a uma pessoa com necessidades, reflete todo o potencial humano e as limitações dos participantes” (PATERSON, ZDERAD, 1979, p. 38, tradução nossa). Essa relação com o ser enfermeiro vai além da técnica, ela baseia-se na consciência existencial que o enfermeiro tem de si e do outro. É uma experiência de um verdadeiro partilhar, em que está envolvido o encontrar-se, o relacionar-se, o estar com, na procura conjunta do *bem-estar* e do *estar melhor* (PATERSON, ZDERAD, 1979).

O termo Enfermagem Humanística, descrita por Paterson e Zderad (1988, p. 18, tradução nossa), se refere como “[...] um tipo de prática de enfermagem e de sua fundamentação teórica”. Ambos estão inter-relacionados no cotidiano da enfermagem, buscando essencialmente os significados humanos através de experiências vivenciadas pela díade enfermeira-paciente, para o desenvolvimento da enfermagem. As teóricas enfatizam ainda que

[...] as bases humanas da enfermagem encontram-se a partir da exploração do encontro do cuidado e as relações humanas. Descrevem a teoria com um olhar articulado do conhecimento científico, através das vivências e das experiências dos seres do cuidado, o que se refere ao encontro existencial face-a-face, consoante os conceitos apresentados por Buber no ano 1977 (PAULA et al., 2004, p. 427).

As autoras consideram que a enfermagem é uma mistura única de teoria e metodologia. A teoria não pode existir sem a prática da enfermagem, que surge das situações de vida humana, uma vez que depende da experiência da enfermagem e da reflexão sobre essa experiência. É essa prática da enfermagem e sua metodologia que as teóricas descrevem como ciência e arte, que são importantes na teoria humanística (GEORGE, 1993).

Assim, a teoria é um guia para descrever os atos de enfermagem a partir da percepção, reflexão de situações únicas experienciadas do ser que cuida em enfermagem e do ser que é cuidado na prática cotidiana (LAFFREY; BROUSE, 1983).

A Enfermagem Humanística encontra-se no ato humano em si, ou seja, é um fenômeno da enfermagem tal como se vive no cotidiano.

“A coisa em si” da enfermagem é o “ato da enfermagem” e desenvolve-se no inter-relacionamento da teoria e da prática da enfermagem humanística, a partir da experiência, das concepções e da participação de cada enfermeira em relação às suas vivências no mundo da enfermagem. Os atos da enfermagem são próprios do mundo do cuidado, portanto, são significativos e relevantes, pois o ser que cuida tem as possibilidades através do encontro com outro ser, compartilhar diferentes experiências com diversos significados de ser-no-mundo, no tempo e no espaço, desde o nascimento até a morte, ou seja, é uma experiência viva (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A enfermagem é em si mesma uma forma particular de diálogo humano. Este termo, “diálogo”, é utilizado para destacar o conceito num sentido mais amplo que a definição encontrada nos dicionários, ou seja, uma conversação entre duas ou mais pessoas. Aqui, refere-se o diálogo como uma forma particular de relação intersubjetiva com o outro; implica também comunicação, entendida em termos de chamado e resposta para fins determinados (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A enfermagem é entendida como um diálogo vivo, requerendo um envolvimento enfermeira-paciente, sendo o cuidado a “característica essencial da enfermagem” (PATERSON; ZDERAD, 1988, p. 23, tradução nossa). É um tipo especial de encontro entre os seres humanos em resposta a uma necessidade percebida, relacionada à qualidade de saúde-doença da condição humana. “A enfermagem surge em determinadas condições como uma resposta aos males da condição humana, quando um ser humano necessita de certo tipo de ajuda e outro a proporciona” (PATERSON; ZDERAD, 1988, p. 23, tradução nossa). Neste contexto, partilhado com outros profissionais da saúde, a enfermagem tem como meta zelar pelo *bem-estar* e pelo *estar-melhor* (PATERSON; ZDERAD, 1979; 1988).

Assim, os elementos da estrutura do marco referencial para a Enfermagem Humanística seriam os seres humanos (paciente/enfermeira) reunidos em um encontro (*ser e tornar-se*) com um determinado fim (*bem-estar e vir-a-ser*), numa transação intersubjetiva (*estar com e fazer com*) que se dá no tempo e no espaço (*ambiente*), no mundo de homens e coisas (PATERSON; ZDERAD, 1988).

Para a utilização dessa estrutura como teoria da prática da enfermagem, as teóricas sugerem três conceitos que, reunidos, formam a base da enfermagem. Esses conceitos são o diálogo, a comunidade e a Enfermagem Fenomenológica. Através do unir-se pelo diálogo, forma-

se uma comunidade, pela qual a enfermagem luta para zelar e confortar.

O diálogo vivido: encontrar-se, relacionar-se, estar presente e chamar/responder

Para Paterson e Zderad (1988), a enfermagem é um diálogo vivido (ou vivenciado). É a relação entre enfermeira e paciente, de modo criativo, durante as ações da enfermagem. Essas ações podem ter significados diferentes para o ser que cuida (enfermeira) e o ser que é cuidado (paciente), podendo, essas ações da enfermagem, agirem como ocasiões para as mudanças no diálogo, traduzindo para um nível verbal ou não-verbal, ou seja, no diálogo a enfermeira pode estimular ou não a família a discutir o uso do CCIP nos recém-nascidos, bem como pode propor que acompanhem o procedimento e então exponham seus sentimentos diante daquela vivência, mas a enfermeira jamais poderá esperar que respondam positivamente a este chamado investigativo, pois a família poderá ter outra escolha. Será ela e somente ela a decidir pela participação ou não, pela expressão ou não de sentimentos. É importante compreender que, segundo Paterson e Zderad (1988), a enfermagem é uma experiência intersubjetiva em que ocorre um verdadeiro partilhar. Neste diálogo, as teóricas entendem que estão envolvidos o encontrar, o relacionar-se, a presença e uma chamada e uma resposta.

O *encontro* é o reunir-se dos seres humanos e caracteriza-se pela expectativa de que haverá uma enfermeira que prestará ajuda e um paciente a ser atendido. Como o ato da enfermagem é um tipo particular de encontro, ocorre conforme seu objetivo, a qual influencia nas características e no processo de diálogo de enfermagem. O encontro pode ser influenciado por alguns fatores: o planejamento ou a espera pelo encontro pode ter influência e podem surgir sentimentos motivados pela antecipação do encontro (ansiedade, medo, impaciência, entre outros); o grau de controle que enfermeira e paciente têm sobre o encontro, já que ambos podem escolher como e quanto abrir-se ao diálogo; e, por último, a singularidade de cada um, pois no sentido existencial, cada ser é produto de sua própria escolha; é sua própria história (PATERSON E ZDERAD, 1979).

O *relacionar-se* é a forma de lidar com o outro, de estar com o outro. Os seres humanos se relacionam de duas formas, uma, como sujeito com o sujeito, e outra, como sujeito com o objeto, sendo que “ambos os tipos de relações são essenciais para a existência humana genuína” (PATERSON; ZDERAD, 1979, p. 53, tradução nossa). Enquanto evento inter-humano, na relação enfermeira-paciente, tanto

um quanto o outro podem ser vistos como sujeitos ou objetos. Por exemplo, isto ocorre quando a enfermeira é vista pelo paciente como objeto na função “chefe da enfermagem” ou, por outro lado, quando o paciente é visto como um “caso clínico” (objeto). Nesta relação os seres humanos são desindividualizados, tornando-se substituíveis por quaisquer outros que possuam características semelhantes. Na relação sujeito-sujeito é possível conhecer o outro como ser singular, inteiro, existencial, que desenvolve seu potencial humano mediante sua relação com os outros seres humanos.

A relação *EU-TU*, descrita por Martin Buber (1979), oferece a oportunidade de desenvolver esse potencial único, pois através da abordagem objetiva e científica (relação sujeito-objeto) há possibilidade de adquirir-se certo conhecimento sobre a pessoa.

Oliveira, Brüggemann e Fenilli (2003) chamam atenção ao que coloca Buber (1979), observando que o homem vem-a-ser-mais devido à sua capacidade humana de relacionar-se de todas as formas com os outros seres, desde a materialista até a espiritual. Esta relação se dá nas formas *EU-TU*, *EU-ISSO* e *EU-NÓS*.

A relação *EU-TU* é o diálogo intuitivo entre dois seres de forma autêntica, onde é reconhecida a singularidade de cada ser. Esta relação é um ir em direção ao outro, de presença autêntica com seu próprio *EU*, aonde um dos sujeitos vem a “ser mais”. A importância desta relação existencial do *EU* com o *TU* é, para ambos, ser-no-mundo e ser-no-mundo-com-o-outro. Esta união de um ser com o outro ser é denominada de mediação (BUBER, 1979). Através do relacionamento *EU-TU* (sujeito-sujeito) é possível o conhecimento de uma pessoa como um ser individual, único. Nesse tipo de relação, onde a subjetividade está presente, ambos representam uma característica de um pensar humanístico e fenomenológico, portanto, são elementos integrantes da enfermagem humanística (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Já, a relação *EU-ISSO*, é a capacidade que o homem tem de conhecer e estabelecer relações que acontecem a partir da reflexão sobre suas relações *EU-TU*, citadas anteriormente. Buber (1979) argumenta que para adentrar no mundo da relação *EU-ISSO*, basta um distanciamento do *EU* na presença da relação *EU-TU*, fazendo com que o *TU* torne-se um *ISSO*, um objeto de uso e utilização. O *EU-ISSO* é um relacionamento objetivante de um *EU* (pessoa), com um *ISSO* (coisa) e não pode ser proferida pelo homem em sua totalidade (SCHAURICH; PADOIN 2003). Neste sentido, o *EU* utiliza e experiencia o *ISSO* com o objetivo de interpretar, categorizar para a formação do saber e a

constituição do conhecimento científico através de abstrações (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Por último, a relação *EU-NÓS*, refere-se aos relacionamentos do ser humano com os outros, onde, a singularidade de cada ser, contribui para o fenômeno da comunidade (LAFREY; BROUSE, 1983). Assim, para que cada ser humano se desenvolva e adquira identidade, é necessária sua relação com os outros e com a comunidade. Para Buber (1979), a questão do outro com o *TU* é o fundamento ontológico e existencial de todas as outras realidades e ações humanas. O *TU* é o fundamento do *NÓS* e este é o esteio da comunidade.

A *presença* é a qualidade de estar aberto, receptivo, pronto e disponível para outra pessoa, de um modo recíproco, com a finalidade de apreender e focalizar o momento existencial do outro. Agindo assim, a presença da enfermeira é percebida pelo paciente como um ser humano que está, neste momento, preocupado não consigo mesmo, mas com a maior compreensão possível da experiência do ser do paciente, favorecendo um diálogo autêntico, presença viva. Entretanto, conforme Paterson e Zderad (1979, p. 56, tradução nossa),

[...] a pessoa aberta ou disponível se manifesta como um ser presente, isto não é o mesmo que ser atencioso, pois um ouvinte pode ser atencioso e ainda assim, recusar a dar-se. As ações visíveis não necessariamente significam presença, pois não podem demonstrar-se. Mas podem ser reveladas de uma forma direta, com olhares, um toque e um tom de voz. A disponibilidade implica não somente em estar à disposição do outro, mas em estar com ele o todo de si mesmo. Além disso, envolve reciprocidade, onde o outro também é visto como uma presença, como uma pessoa em vez de um objeto, tal como uma função ou um caso.

A *chamada e a resposta* se constituem em uma chamada viva e uma resposta reflexiva de cada forma de diálogo. A chamada e a resposta são transacionais, seqüenciais e simultâneas, ocorrendo de forma verbal ou não. Refere-se à capacidade dos enfermeiros relacionarem-se, simultaneamente, com os aspectos subjetivos e objetivos da situação vivida. Neste sentido, a solicitação do paciente pode ser um chamado por ajuda e ao mesmo tempo uma resposta à disponibilidade da enfermeira em ajudar. Por outro lado, o modo como a

enfermeira responde ao chamado do paciente é, em si mesmo, um chamado por um tipo particular de resposta, um chamado para participação no diálogo. O significado desses atos para a enfermeira e para o paciente pode ser diferente, agindo de forma que aconteçam mudanças no diálogo. Por isso, ao se considerar a enfermagem como um diálogo vivo, é importante levar em conta a situação em que ele se encontra, no mundo real de outros seres humanos e coisas, numa estrutura de tempo e espaço (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Comunidade

A comunidade é o local onde as relações e o diálogo entre os seres humanos acontecem. Segundo as teóricas, é através das relações em comunidade que o ser humano tem a possibilidade de vir-a-ser, porque ele tem tanto a capacidade de influenciar na comunidade como também ser influenciado por ela. Esse componente representa a forte influência humanista da teoria, pois os seres humanos encontram significado para sua existência, através do partilhar e do relacionar-se com os outros. É a partir da relação em comunidade que os indivíduos se tornam diferentes do que eram, pois cada ser humano é singular e histórico, e passa a adquirir a identidade da comunidade, onde vive com os outros seres humanos, singularmente diferentes. As teóricas consideram a comunidade o “nós” que pode ser um grupo, a família, colegas de profissão e outros provedores de atendimento à saúde (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Enfermagem Fenomenológica

A Enfermagem Fenomenológica é baseada na filosofia existencial, pois se deriva das experiências reais e individuais de cada enfermeira no mundo da enfermagem, com intuito de procurar o significado da enfermagem no ato existencial, valorizando a experiência através da descrição fenomenológica da arte e ciência da enfermagem dentro do contexto humano (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A Enfermagem Fenomenológica é um método para compreensão e descrição das situações de enfermagem, sendo proposta pelas teóricas em cinco fases, apresentadas a seguir:

Primeira fase - *Preparação da capacidade da enfermeira para vir a conhecer* - é um momento em que a enfermeira busca conhecer a si

mesma e isto envolve correr riscos para abrir-se às experiências do outro. Para isto, trava-se uma luta interna ao ver-se como uma pessoa preocupada consigo mesma, com seu *status quo*, com suas crenças e valores, mas que precisa estar consciente de seu próprio ponto de vista e democraticamente aberta, de modo a ampliar sua possibilidade de conhecimento da situação dos indivíduos na experiência da enfermagem. Existem várias maneiras para se alcançar o conhecimento mais intrínseco do ser humano e uma delas é recorrer à leitura reflexiva de trabalhos voltados à descrição da natureza humana, no que diz respeito à sua forma de perceber e relacionar-se com os outros no mundo. A partir dessas reflexões, de acordo com Paterson e Zderad (1979) é que é possível fazer comparações com a prática de enfermagem. As experiências individuais, como uma pessoa e como profissional, também são válidas e importantes, pois quanto maior a gama de experiências, maiores as possibilidades de conhecimento. O autoconhecimento e a auto-percepção também são importantes e podem ser facilitados através de supervisão clínica e de formas diferentes de terapia de crescimento pessoal.

Segunda fase - *A enfermeira conhece o outro intuitivamente* - Esta fase caracteriza-se pelo conhecimento que se tem do outro, é entrar na experiência do outro, na forma como vive e vê o seu mundo. Este conhecimento intuitivo está baseado na relação *EU-TU*, descrita por Buber (1979). Nesta relação a enfermeira deverá estar aberta ao sentido da experiência do outro, ver o mundo através dos olhos do outro, levando a um conhecimento intuitivo, inexpressável único do outro, respondendo aos seus chamados com presença autêntica. Para que isso ocorra, as teóricas sugerem que a enfermeira interaja com o paciente sem qualquer preconceito, tentando evitar expectativas, rótulos e julgamentos, com o objetivo de captar intuitivamente a situação da enfermagem e as nuances sutis envolvidas na interação humana (PRAEGER, 2000).

Terceira fase - *A enfermeira conhece cientificamente o outro* - A enfermeira, após vivenciar o outro intuitivamente, conceitua a experiência e a expressa segundo o seu potencial humano. É a situação de enfermagem em que a enfermeira se distancia daquilo que é conhecido e que vivenciou, dando um novo significado à experiência, refletindo e expressando sua compreensão. É um momento para refletir, analisar, classificar, comparar, contrastar, relacionar, interpretar, denominar e categorizar. Segundo as teóricas, nesse processo reflexivo, a enfermeira “analisa, considera as relações entre os componentes, sintetiza temas ou padrões, e então conceitualiza ou interpreta

simbolicamente a visão seqüencial desta realidade vivida no passado” (PATERSON; ZDERAD, 1979, p. 123, tradução nossa).

Quarta fase - *A enfermeira sintetiza de forma complementar as realidades conhecidas* - É o momento em que ocorre o estabelecimento de relações, comparações e contraste para chegar-se a uma síntese das várias realidades conhecidas, procurando evidenciar as convergências e divergências. Após todo seu conhecimento e vivência das situações da enfermagem, permite um diálogo entre as realidades e permite as diferenças, levando em consideração a experiência pessoal e a experiência de cada paciente. É realizada uma comparação das situações de enfermagem semelhantes para então chegar a uma visão ampliada (PRAEGER, 2000).

Quinta fase - *Sucessão interna da enfermeira do múltiplo para a unidade paradoxal* - Esta fase evolui a partir do processo descritivo do fenômeno vivido. É um processo de refinamento onde a enfermeira, após ter captado e assimilado tudo anteriormente de modo intuitivo, faz uma revisão compreensiva expandindo sua visão e propõe condutas terapêuticas que visem ao *estar melhor* do outro. Segundo Paterson e Zderad (1979, p.125, tradução nossa), a enfermeira vai além das multiplicidades e contradições e “chega a uma concepção importante para a maioria ou para todos”.

Esta metodologia proposta pelas teóricas é uma forma que possibilita aumentar significativamente as realidades conhecidas e conceitualizadas pela enfermeira. Ela vai além de uma prática humanizada; permite uma síntese consciente do que é vivido e experienciado, ultrapassando barreiras e até mesmo preconceitos, com um novo horizonte de conhecimento a ser explorado e compartilhado por todos. Assim, a Enfermagem Fenomenológica é um avanço no processo de construção de um conhecimento originado do mundo vivido da profissão.

3.2 MARCO CONCEITUAL

O marco conceitual tem sido definido como “uma construção mental que deve comportar uma estrutura lógica de inter-relação entre os vários conceitos que o compõe. Serve para direcionar ou guiar o processo assistencial da enfermagem” (MONTICELLI, 1994, p. 41). Neves e Gonçalves (1984) acrescentam ainda que o marco conceitual é

indispensável para dirigir a prática da enfermagem no processo de acesso aos dados e intervenção, seja na assistência ou na pesquisa.

Trata-se de uma proposição que ajuda a descrever e explicar fenômenos, ainda que possa sustentar uma dada prática, por suas características sistematizadoras. Ao se definir um marco conceitual, busca-se estabelecer a natureza e o domínio do trabalho ou da linha de argumentação numa exposição da realidade (LEOPARDI, 2006). Portanto, o marco ajuda a “recortar” a realidade a ser pesquisada.

Em sentido amplo, de acordo com Walsh (1998), o marco conceitual é composto por pressupostos e por conceitos que, por sua vez, advém da raiz teórica mais ampla que guia o estudo. O referencial teórico, por conseguinte, fundamenta a elaboração do marco conceitual. Para Chinn e Kramer (1999; 1995), **referencial teórico** difere de **marco conceitual** apenas em nível de complexidade. Quanto mais abstratos são os conceitos, mais próximos de referenciais teóricos e, quanto mais operacionalizáveis, mais próximos de marcos referenciais. Walker e Avant (1995) são estudiosos da enfermagem que auxiliam nesta compreensão, adicionando que, em certo sentido, os marcos conceituais podem ser interpretados como teorias de médio ou pequeno porte, já que preenchem os vazios entre teorias de grande alcance e a prática e focalizam os modos de praticar a enfermagem.

Levando-se em consideração estes princípios gerais, antes de descrever os conceitos que compuseram o marco conceitual que guiou esta pesquisa, apresento os pressupostos, ou seja, as crenças e os valores que, em conjunto, forneceram as bases sob as quais foram elaborados os conceitos componentes do marco e suas definições (TRENTINI; PAIM, 2004). Estes pressupostos estão apoiados na essência da Enfermagem Fenomenológica, que tem o foco nas experiências fenomenológicas (significado do fenômeno para um indivíduo) com análise das experiências humanas e também nas minhas crenças e valores enquanto pessoa e profissional de enfermagem, que busca através da relação inter-humana, compreender junto com a família a nova experiência que vivencia no cotidiano da prática de enfermagem.

Assim sendo, o marco conceitual em questão foi construído visando propiciar um cuidado de enfermagem que potencialize o *ser mais* e possibilite o *estar melhor* das pessoas participantes da PCA. Então, procurarei focalizar os quatro conceitos básicos e indispensáveis para o exercício profissional, quais sejam: **Ser humano** (incluindo a família), **Saúde-doença**, **Enfermagem/Enfermeira** (incluindo os elementos constituintes da “enfermagem fenomenológica”, tais como: diálogo, encontro, relacionamento, presença e chamada e resposta) e

Ambiente (contemplando o significado de “comunidade”). Além destes, inclui ainda, como componente deste marco, o conceito de **Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP)**, uma vez que este trabalho foi específico para investigar a experiência da família a respeito da criança recém-nascida que se encontrava submetida a este procedimento. Por se tratar de uma ação de enfermagem rotineiramente realizada na Unidade Neonatal, a participação da família em acompanhar o procedimento do CCIP em todas as etapas foi um desafio, pois significou oferecer-lhes a possibilidade de escolhas, vivenciando algo novo e de suma importância na terapêutica intravenosa dos recém-nascidos. Por isso, o diálogo vivido a partir da prática, ou seja, das ações da enfermagem, devem visar os valores, sentimentos e comportamentos da família frente a essa nova vivência, visando o seu *bem-estar* e o seu *estar-melhor*. Para isso, é necessária a compreensão da experiência do outro, estando a enfermeira disposta a ir além da competência técnica e do conhecimento biológico, no encontro com o outro.

3.2.1 Principais pressupostos advindos da Teoria da Enfermagem Humanística

A Enfermagem é em si mesma uma forma particular de diálogo humano, um diálogo vivo, isto é, uma relação intersubjetiva (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Enfermeiras e pacientes, como seres humanos, são únicos e totais, seres bio-psico-sociais, com o potencial para vir-a-ser-mais, através da escolha e intersubjetividade (PATERSON; ZDERAD, 1988).

Todos os atos da enfermagem influenciam na qualidade de vida e morte dos seres humanos. A meta da enfermagem é um maior *bem-estar* e *estar melhor* para o enfermeiro e o paciente, enquanto experienciam o processo de fazer escolhas responsáveis (PATERSON; ZDERAD, 1988).

A enfermagem existencial é o envolvimento no cuidado ao cliente e manifestado na presença ativa da enfermeira como um todo, no tempo e no espaço (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A enfermagem é envolvida com seres humanos. Seu fenômeno é uma pessoa precisando de ajuda e uma pessoa ajudando na sua própria situação (PATERSON; ZDERAD, 1979).

O diálogo se caracteriza por um relacionamento criativo entre

enfermeira e paciente, que implica estar aberto ao todo da experiência, despir-se de pré-julgamentos, aceitar as expressões e sentimentos do paciente para, a partir daí, responder às suas necessidades compartilhando segurança e confiança, a fim de que ele possa vir a ser mais e melhor, que é um processo de tornar-se tudo o que é humanamente possível em sua situação particular (PRAEGER, 2000).

3.2.2 Pressupostos pessoais

A enfermagem neonatal, durante o processo de cuidar, tem a responsabilidade de fomentar ambiente propício para o *bem-estar* e o *estar-melhor* de todos os seres humanos envolvidos na experiência do cuidado, através de escolhas e da intersubjetividade.

O processo de cuidar de recém-nascidos, durante os procedimentos de inserção, manutenção e retirada de Cateter Central de Inserção Periférica, deve envolver humanisticamente tanto o recém-nascido, que se encontra num momento de fragilidade de sua vida, quanto sua família, que enfrenta diferentes sentimentos e a incerteza do que possa vir a ocorrer com o ente querido.

A importância de estabelecer uma relação autêntica entre enfermeira e família facilitará a compreensão e aceitação no processo de internação do recém-nascido submetido à cateterização central de inserção periférica.

O conhecimento da família acerca do processo de internação do recém-nascido que precisa ser submetido a cateter de inserção periférica, desde a área física, rotinas e procedimentos da Unidade Neonatal, influenciam positivamente na forma como a família experiencia o processo.

A presença constante e a participação da família na UTIN favorecem a aproximação e o vínculo com o recém-nascido submetido à cateterização periférica, o que é fundamental para o *bem-estar* e o *estar-melhor* de ambos.

Os componentes da Enfermagem Fenomenológica (diálogo, encontro, relacionamento, presença e chamada e resposta) são elementos indispensáveis para a busca do *bem-estar* e do *estar-melhor* do recém-nascido e de sua família.

O uso da tecnologia durante o processo de internação do recém-nascido é uma forma de humanização, sempre que a mesma for utilizada tanto para proporcionar o seu *bem-estar* quanto o *estar-melhor*.

A importância da família em experienciar o processo de instalação de CCIP a que o recém-nascido é submetido, facilitará o entendimento e compreensão acerca desta recente tecnologia introduzida no tratamento terapêutico intravenoso durante o período de internação.

3.2.3 Conceitos inter-relacionados

Ser humano

Na concepção da enfermagem humanística, o ser humano é um ser individual, vindo a ser-mais através da relação interdependente com os outros seres humanos e as coisas. Tem a capacidade de conhecer a si e ao seu mundo interior, refletir, valorizar e experienciar para vir-a-ser-mais através de escolhas.

Neste estudo o ser humano é a **família** do recém-nascido submetido ao uso do CCIP. A família é aqui entendida como um grupo de seres humanos unidos por laços de consanguinidade e/ou laços de afeto, que possuem identidade própria, crenças, valores e conhecimentos comuns. A família tem direitos e responsabilidades, vive em um ambiente em interação com outras pessoas, e é influenciada pela cultura e nível socioeconômico (GAPEFAM, 1994). A família é composta por indivíduos que compartilham experiências vividas no ambiente da Unidade Neonatal. A família participa no cuidado ao recém-nascido submetido ao CCIP com carinho e afeto, responsabilidade, autenticidade e possibilidade de fazer escolhas, mas ao mesmo tempo, necessita de ajuda para vir-a-ser-mais neste processo experiencial.

O **recém-nascido** submetido ao CCIP, nesta mesma perspectiva, também é um ser único, singular, com potencialidades para tornar-se mais, vivenciando a experiência do mundo intra-uterino para o nascimento, onde o processo existencial pode ser prejudicado, necessitando de cuidados especializados de uma Unidade Neonatal. Neste ambiente todos os cuidados são importantes e decisivos para a vivência do seu processo particular de experienciar a saúde-doença, no trânsito ininterrupto do *bem-estar* para o *estar-melhor*. É um ser frágil e vulnerável, que iniciará o aprendizado da vida, mesmo no ambiente da UTIN, com a convivência da família e dos profissionais, especialmente, da enfermeira neonatal. É um ser que precisa de proteção, amor, carinho e cuidado de enfermagem para a construção de seu mundo de vida, de sua história e de suas relações consigo e com o outro.

A **enfermeira** é aquela que vivencia e desenvolve sua prática como ser humano, através de sua experiência pessoal e profissional, numa relação intersubjetiva com a família e o recém-nascido submetido ao CCIP, expressa e compartilha conhecimento, habilidade técnica, sensibilidade, capacidade de escuta e empatia que ajudam ambos a crescer. E estes, em suas experiências genuínas, acrescentarão e compartilharão também seu ser, suas próprias experiências e características que auxiliarão no processo intersubjetivo que o cuidado envolve.

Assim, a experiência aqui vivenciada por todos é um momento singular de cada ser humano; é o encontro existencial da família com relação aos filhos recém-nascidos submetidos ao CCIP que possibilitará não apenas a compreensão da necessidade do procedimento, mas a possibilidade de vir-a-ser-mais. E ainda, na visão fenomenológica-existencial, a experiência dá ênfase da vida como ela é vivida, exatamente porque requer uma análise da situação humana, a partir da perspectiva subjetiva dos pais, em interação existencial com a enfermeira que proporciona o *bem-estar* e o *estar melhor* de ambos.

Saúde-doença

É entendida como uma questão de sobrevivência pessoal, como uma qualidade de vida e morte. A saúde é compreendida como algo mais que ausência de doença, através do *bem-estar* e do *estar-melhor* (PRAEGER, 2000). *Bem-estar* implica um estado de estabilidade, ao passo que *estar melhor* refere-se a estar no processo de tornar-se tudo que é humanamente possível. A condição de *estar melhor* é sempre processual e inacabada, já que o ser humano se torna melhor (vir-a-ser) ao se relacionar com o outro (PATERSON; ZDERAD, 1979). Em sentido amplo, a saúde é um processo de encontrar sentido na vida, em cada momento, através das experiências de vida das pessoas e das relações de uns com os outros.

A enfermeira, neste entendimento, deve atuar a partir de uma estrutura existencial, buscando coexistir com a família e os recém-nascidos submetidos ao CCIP, reforçando neles o potencial para tornarem-se melhores, através de suas próprias experiências de vida.

Neste estudo, a condição de saúde-doença leva a uma alteração no *bem-estar*, tanto do recém-nascido, como de sua família. A saúde também é observada na forma como a família vivencia a experiência da internação no ambiente da UTIN e ao procedimento do CCIP. Neste momento, a participação e a experiência da enfermeira são fundamentais

para acompanhar e auxiliar recém-nascido e família, contribuindo para o *bem-estar* e *estar-melhor* de ambos.

Enfermagem/Enfermeira

A Enfermagem é a relação inter-humana intencionalmente voltada para o *bem-estar* ou o *estar melhor* de uma pessoa com necessidades e limitações, relacionadas à qualidade de vida e de saúde-doença (PATERSON; ZDERAD, 1979). Trata-se de uma resposta de cuidado de um ser humano para com o outro, visando à saúde, ou seja, o desenvolvimento do *bem-estar* e do *estar melhor*. É uma profissão na área da saúde que envolve a arte e ciência do cuidado. É arte, porque o cuidado envolve disposição, criatividade, sentimentos e emoções de estar-com-o-outro; e é uma ciência, pois contempla conhecimentos éticos, técnico-científicos e humanos.

A Enfermagem é como uma mistura única de teoria e metodologia, onde a teoria não pode existir sem a prática, pois depende da experiência da enfermagem e da reflexão sobre essa experiência. É essa prática da enfermagem e sua metodologia que se consubstancia em uma mistura única de ciência e arte, ou seja, na enfermagem humanística (PATERSON; ZDERAD, 1979). Portanto, a enfermagem humanística é um diálogo vivo entre a enfermeira e o paciente para alimentar o potencial humano de *bem-estar* e *estar melhor* ou vir-a-ser, através de uma relação transacional e intersubjetiva (estar com e fazer com) voltada para uma meta (zelar pelo *bem-estar* e pelo *estar-melhor*). Nesse diálogo estão envolvidos o *encontro*, o *relacionamento*, a *presença* e o *chamado/resposta*.

Neste estudo o *encontro* é o reunir-se dos seres humanos (o recém-nascido submetido ao CCIP, sua família e a enfermeira). Neste encontro, o olhar da enfermeira não está somente voltado para o cuidado especializado ou técnico com o recém-nascido, mas também para a sua família que, por sua vez, está envolta por sentimentos de medos, angústias e incertezas que permeiam sua experiência de vida. É fundamental manter uma relação positiva, de confiança com a família, pois os fatores que influenciam esse encontro são sentimentos surgidos pela antecipação do encontro, pela singularidade de cada ser e pela decisão de revelar-se para o outro e de conter-se com o outro.

O *relacionamento* refere-se ao estar um com o outro. Aqui se estabelece a relação *EU-TU* (BUBER, 1979), aonde um vai em direção ao outro, numa relação intersubjetiva, buscando *vir-a-ser-mais* e a relação *EU-ISSO*, que se refere ao modo pelo qual cada um destes

participantes utiliza os objetos e conhecem outros através de abstrações, conceitualizações, categorizações, rótulos, dentre outros (PATERSON; ZDERAD, 1979). Estas relações são estabelecidas entre a enfermeira, o recém-nascido e sua família, onde a enfermeira primeiramente procura aproximar a família do recém-nascido, tornando-os participantes no processo de cuidar, com o intuito de fortalecer o potencial para o *bem-estar* e o *estar melhor*. Mantém um diálogo com a família com intuito de desmistificar o ambiente da UTIN, esclarecendo dúvidas acerca dos cuidados especializados dispensados ao recém-nascido e prestando todas as informações requeridas para que se sinta preparada a fazer escolhas com responsabilidade.

A *presença* caracteriza-se pela qualidade de cada um destes participantes de estar aberto ao todo da experiência de enfermagem; isto envolve também estar receptivo, pronto e disponível para o outro ser humano. A enfermeira mostra-se disponível e receptiva para o recém-nascido e a família através do cuidado individualizado prestado e ambos demonstram aceitar esta atenção, respondendo da mesma forma. A presença pode ser vivenciada, por exemplo, num olhar empático, na compreensão do comportamento e atitudes geradas pelos momentos de tristeza, mas também de fortalecimento vivenciados tanto pelo recém-nascido quanto pela sua família. A enfermeira tem como foco zelar pelo *bem-estar* e o *estar-melhor* de ambos.

O *chamado/resposta* é um processo que envolve comunicações transacionais, sequenciais e simultâneas. A enfermeira, o recém-nascido submetido ao CCIP e a família chamam e respondem um ao outro, tanto da forma verbal quanto não-verbal. Quando se estabelece o encontro, o relacionamento e a presença, se está caminhando em direção ao processo de chamado/resposta. Por exemplo: o recém-nascido chama com choro, provocado pela punção do acesso venoso periférico para introdução do CCIP e a enfermeira responde imediatamente administrando um analgésico prescrito para o alívio da dor. A enfermeira atende o chamado da família para esclarecimento de dúvidas sobre o procedimento do CCIP e responde explicando todo o processo de instalação, manutenção e retirada do cateter e a importância deste procedimento para o recém-nascido.

Ambiente/Comunidade

Embora a Teoria Humanista não aborde este conceito de modo explícito, considero que a definição do termo “comunidade” é apropriado para dar significado a esta perspectiva, já que sempre que se

juntam enfermeiras e clientes em uma experiência de saúde-doença, ou seja, em diálogo, uma comunidade é estabelecida. É esta comunidade simbólica que a enfermeira tem o dever de nutrir e zelar. Uma vez que este estudo aborda o relacionar-se de recém-nascidos, famílias e enfermeira no espaço-tempo de uma Unidade Neonatal, é a este conjunto que denomino “Ambiente/Comunidade”. Segundo Paterson e Zderad (1979), a enfermagem humanística ocorre na comunidade e é por ela influenciada; ela se ocupa da mediação entre enfermeiras e seus semelhantes. Então, os microcosmos desta comunidade, no caso da UTIN seriam os recém-nascidos submetidos ao CCIP, suas famílias, e também, os demais profissionais ou outros trabalhadores do serviço de saúde.

É necessário ter em mente que para compreender esta comunidade temos que conhecer e valorizar a experiência singular de cada ser humano que dela é partícipe. É através do partilhar intersubjetivo de significados, em comunidade, que estes seres humanos são confortados e cuidados. A comunidade também pode ser compreendida como sendo a própria experiência dos seres humanos que se inter-influenciam, pois é através da comunidade, de pessoas relacionando-se umas com as outras, que é possível *estar-melhor* (vir-a-ser). Esse componente representa a forte influência humanista da teoria. As pessoas encontram significado para sua existência, através do partilhar e do relacionar-se com os outros.

Além de envolver os seres humanos na relação, a comunidade deste estudo engloba um ambiente com diferentes tipos de equipamentos de alta tecnologia, que são imprescindíveis para o *bem-estar* e o *estar-melhor* do recém-nascido e de sua família. É neste lugar que ocorrem as transações intersubjetivas, iniciadas e mantidas constantemente através do diálogo com a família e com os recém-nascidos.

Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP)

No sentido técnico o CCIP usado em neonatologia é uma tecnologia para o acesso venoso do recém-nascido, cujo dispositivo (ou cateter), confeccionado em material macio e flexível (silicone ou poliuretano), é inserido no corpo do recém-nascido, através de uma veia periférica, e posicionado no sistema venoso central. Tal tecnologia permite uma hemodiluição rápida dos medicamentos, bem como infusão de drogas vesicantes, irritantes, hiperosmolares, protegendo o pequeno paciente de riscos como extravasamento periférico com lesão ou necrose (PHILLIPS, 2001). Esta tecnologia vem contribuindo de maneira

significativa no cuidado especializado e humanizado para estes pequenos seres humanos que vivenciam e experienciam um processo estressante logo após seu nascimento. Para isto é fundamental que a enfermeira tenha conhecimento, habilidade e responsabilidade na realização deste procedimento.

Do ponto de vista da família que vivencia a experiência do recém-nascido submetido ao CCIP é algo percebido por ela como importante, pela necessidade de manutenção da terapêutica intravenosa, mas ao mesmo tempo, preocupante, por ver a criança ser submetida a um processo extremamente invasivo, seja no período pré, trans ou pós-inserção. Por ser uma tecnologia recentemente inserida no processo de cuidar dos recém-nascidos, é necessário não apenas o entendimento e compreensão da família sobre as etapas do procedimento, mas a oportunidade de acompanhar de perto este processo. Por isso a enfermeira, por seu modo de estar com a família, num processo constante de troca e transação intersubjetiva, compartilha as vivências existenciais para o desenvolvimento do *bem-estar* e *estar-melhor* dos recém-nascidos e família no ambiente da UTIN.

4 METODOLOGIA

Por se tratar de uma investigação que está alicerçada no pensamento fenomenológico, com a intencionalidade de compreender a experiência dos participantes no processo de implantação do Cateter Central de Inserção Periférica no recém-nascido, julguei apropriado assumir um desenho metodológico de natureza qualitativa. Esta decisão baseou-se nas características apontadas por Minayo (2003) e por Lucchese e Barros (2007), uma vez que estes autores referem que a pesquisa qualitativa permite a imersão do pesquisador no contexto do fenômeno a ser estudado, que não pode ser mensurado, possibilitando a compreensão do conhecimento das relações humanas, a partir dos significados, motivos, valores, vivências e experiências dos sujeitos envolvidos na realidade a ser pesquisada.

Além disso, o tipo de estudo qualitativo que pareceu adequar-se aos propósitos dessa investigação foi a Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), uma vez que a mesma se constitui num método voltado para a resolução ou minimização de problemas vivenciados pela enfermeira na sua prática assistencial, possibilitando mudanças e construções conceituais inovadoras para as práticas de saúde. É um tipo de investigação que se desenvolve concomitantemente com a prática de enfermagem, pois sua principal característica é a convergência com essa prática (TRENTINI; PAIM, 2004).

A PCA foi proposta e delineada pelas enfermeiras Mercedes Trentini e Lygia Paim e publicada, originalmente, em 1999. Atualmente esta obra encontra-se em sua segunda edição (TRENTINI; PAIM, 2004) e inúmeros estudos na área têm sido desenvolvidos com esta metodologia. A PCA tem sido útil para a profissão, particularmente, por ter uma estreita relação com a prática assistencial da enfermeira, em seu local de trabalho cotidiano. Desta forma, propõe igualmente uma reflexão desta prática, a partir de fenômenos vivenciados no seu contexto laboral (TRENTINI; PAIM, 2004).

Em termos práticos, enquanto a enfermeira cuida de uma determinada população, também aproveita para coletar dados para os procedimentos investigativos, atentando para que o desenho da pesquisa seja apropriadamente conduzido, dentro dos rigores teórico-metodológicos requisitados. De acordo com Guimarães (2006, p.92), o processo de cuidar passa a ser o meio para que sejam buscadas “as informações necessárias que irão alimentar as indagações processadas

pela pesquisa”.

Então, para operacionalizar a PCA, neste estudo com as famílias de recém-nascidos submetidos ao CCIP, foram utilizadas as próprias etapas componentes do método da Enfermagem Fenomenológica. Para Paterson e Zderad (1979), a prática da enfermagem e sua fundamentação teórica encontram-se inter-relacionadas. Neste método, a enfermeira é aquela que “desenvolve sua prática como um ser humano que sente, valoriza, reflete e conceitua. Do cotidiano da enfermagem surge o conjunto organizado do conhecimento empírico” (OLIVEIRA; COSTA; NÓBREGA, 2006, p. 101).

Acredito que esta aproximação da PCA com a Enfermagem Fenomenológica seja possível, já que esta última tem como pressuposto a interação dialógica entre enfermeira e família, a partir da experiência vivenciada em comum. A enfermeira desenvolve sua prática a partir do conhecimento humano que possui de si e do outro nas situações da enfermagem. Spindola (1997) e Kleiman (2001) ajudam a argumentar nesta direção ao descreverem que a estrutura destas situações de enfermagem, pelo compromisso humano nela vigente, permite acessar informações que podem responder a questões de investigação, visando descrever a essência de um fenômeno que é interrogado, no cotidiano da prática de enfermagem, com vistas à sua compreensão e significados atribuídos pelos sujeitos que vivenciam a experiência, de acordo com suas percepções sobre aquilo que está sendo pesquisado. Desta forma, Paterson e Zderad (1979) utilizam a fenomenologia com o intuito de subsidiar a pesquisa em enfermagem, delineando uma metodologia para o encontro vivido e dialogado de cuidado (SCHAURICH; PADOIN, 2003). Assim, o método da Enfermagem Fenomenológica permite um avanço no processo de construção de um novo conhecimento, originado no mundo vivido da enfermagem.

Neste capítulo abordo o local e o contexto onde a PCA foi desenvolvida, descrevo os sujeitos participantes, assim como a forma operacional da mesma, ressaltando também os aspectos éticos envolvidos.

4.1 O LOCAL E O CONTEXTO DO ESTUDO

A PCA foi desenvolvida na Unidade Neonatal da Maternidade Darcy Vargas (MDV), localizada no município de Joinville-SC, de fevereiro a junho de 2009. Esta instituição foi fundada em 1947, sendo

que na época era administrada por um médico e um provedor, subsidiados e nomeados pelo Estado, enquanto os serviços internos eram realizados pelas irmãs franciscanas. A enfermeira Hilda Anna Krisch foi pioneira em seu trabalho na maternidade, ministrando cursos de orientação específica e cuidados de higiene para as parteiras da época (FONTOURA; SILVA, 1997).

Integrando a rede de hospitais credenciados pelo Ministério da Saúde, a MDV faz parte do programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Um grupo de profissionais trabalha, empenhando-se no processo de humanização da maternidade, desenvolvendo estudos e projetos para implementação das ações. É uma instituição pública que atua na área de saúde materno-infantil, administrada pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. É considerada referência para a Região Norte e Nordeste de Santa Catarina na especialidade obstétrica e neonatal, envolvendo a tríade gestante/recém-nascido/família (SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE, 2008).

Por fazer parte da história da cidade e de muitas gestantes e crianças que nasceram nesta instituição, a MDV é reconhecida por suas ações e serviços prestados, salientando-se diversos programas e campanhas de humanização, como por exemplo, o programa “Qualivida”, que contempla processos de modernização e avaliação dos serviços prestados pela maternidade, o “Mãe coruja”, orientado para o incentivo ao aleitamento materno, o programa denominado “Amor Perfeito”, que é voltado ao atendimento das pacientes de alto risco, além do programa denominado “O natural é ter normal”, para o estímulo ao parto vaginal, bem como o “Método Canguru”, onde o recém-nascido pré-termo fica em contato pele a pele com a mãe, aumentando o vínculo, os estímulos dos sentidos do bebê, além de incentivar o aleitamento materno (SANTA CATARINA, 2008).

A MDV teve seu reconhecimento não somente pela comunidade, mas também por órgãos nacionais e internacionais responsáveis pela área da saúde. Assim, em 1994, a instituição foi credenciada pelo Ministério da Saúde e Ministério de Educação e Cultura brasileiros como Hospital Auxiliar de Ensino através do Fundo de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS). Ainda neste mesmo ano recebeu o título “Hospital Amigo da Criança”, concedido pela UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e OMS (Organização Mundial de Saúde).

Em 1996 recebeu o título de Maternidade Segura, concedido pelo Ministério da Saúde, UNICEF, OMS e Federação Brasileira de

Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Em 1997 foi reconhecida como centro de referência docente-assistencial à saúde da mulher; e em 1999, o Banco de Leite foi reconhecido pelo Ministério da Saúde como serviço de referência estadual. No ano de 2003, a instituição foi umas das homenageadas pela Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina, com o troféu Antonieta de Barros, pelos anos de prestação de serviços excelentes à comunidade. E, por último, mais recentemente, no ano de 2005, recebeu o Prêmio Professor Galba de Araújo, concedido pelo Ministério da Saúde, como reconhecimento pela atenção humanizada ao parto e nascimento. Em 2006 tornou-se uma instituição 100% SUS, com o cumprimento de todas as políticas e diretrizes emanadas do SUS, consolidando-se assim como hospital de ensino (SANTA CATARINA, 2008).

Atualmente a MDV dispõe de 132 leitos, sendo 96 obstétricos, distribuídos em leitos de puerpério, nas unidades de Alojamento Conjunto (Setores A, B e C), e 36 para recém-nascidos. A estrutura da maternidade abrange os seguintes setores: Admissão, Centro Obstétrico, Centro Cirúrgico, Unidade Neonatal, três enfermarias de Alojamento Conjunto, sendo que uma destas é uma enfermaria para gestantes de alto risco, Banco de Leite Humano, Centro de Material e Esterilização, Ambulatório para Gestação de Alto Risco, Emergência Obstétrica, além de Serviços de Apoio como Psicologia, Psiquiatria, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Assistência Social, Nutrição e Dietética, Administração e Engenharia Biomédica. Também conta com os serviços de Radiologia e Ultrassonografia. A instituição ainda possui o “Quarto Mãe Acompanhante”, conforme descrito na introdução, destinado para as mães que permanecem alojadas, após sua alta hospitalar, para acompanhar os filhos que permanecem internados na Unidade Neonatal.

Segundo o relatório estatístico da instituição, do ano de 2007, o quadro funcional da MDV era de 416 servidores públicos. Conta, atualmente, com quadro de 27 enfermeiras, 89 técnicos de atividade de saúde, 59 médicos nas especialidades de ginecologia e obstetrícia, anestesia, pediatria, cardiologia, oftalmologia e radiologia, duas nutricionistas, duas fonoaudiólogas, duas terapeutas ocupacionais, uma assistente social, dois psicólogos, três fisioterapeutas, um bioquímico e um administrador. Ainda conta com 45 funcionários da área administrativa, sendo trinta e nove agentes de serviços gerais, dez artífices, que compreendem auxiliar de cozinha, costureira, cozinheira, encanador, marceneiro, pintor e telefonista, além, de quatro motoristas, três técnicos de radiologia e um capelão. Além destes, também prestam serviços terceirizados à instituição trinta e três agentes de serviços

gerais, oito vigilantes e três técnicos de atividades administrativas, num total de 44 funcionários. Atualmente, a MDV dispõe também de serviço de residência médica em ginecologia e obstetrícia e neonatologia (VIEIRA, 2007).

No ano de 2007 a maternidade fez 85 mil consultas/atendimentos à população, nas diversas áreas, destacando principalmente as emergências obstétricas (24.164 atendimentos), gestantes de alto risco (7.317 atendimentos), neonatos (2.147 atendimentos) e procedimentos no banco de leite (14.065), sendo este número significativamente alto por ser referência estadual. Teve, ainda, um número de 5.690 partos, com uma média de 478 nascimentos/mês, (VIEIRA, 2007).

Quando as parturientes são encaminhadas ao Centro Obstétrico, elas têm a liberdade de escolherem o (a) acompanhante que desejarem para o acompanhamento durante o processo de nascimento. O Programa de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), quando se refere à assistência prestada à gestante durante o pré-natal, parto e puerpério, enfatiza a importância da presença do acompanhante no momento do parto, em um ambiente agradável, em que a gestante sinta apoio e conforto emocional na companhia do esposo ou familiar por ela escolhido (BRASIL, 2001). Baseado nisso, o Ministério da Saúde, através da portaria 2.418, que regulamenta a lei nº 11.108, diz que toda a parturiente tem direito a um acompanhante durante o trabalho de parto. Esta resolução surgiu com objetivo de humanizar o trabalho de parto, tornando as gestantes mais seguras, principalmente no que se refere ao parto vaginal (BRASIL, 2005). Desta forma, a MDV por ser uma instituição humanizada, cumpre esta resolução e o acompanhante é integrado em todas as etapas do processo do nascimento.

O Centro Obstétrico, atualmente, contempla sete leitos de pré-parto, local este onde a parturiente permanece durante todo o processo de evolução do parto. Possui ainda três salas de parto, onde as parturientes são encaminhadas em período expulsivo. Eventualmente, quando não há possibilidade do bebê nascer naturalmente, estas são encaminhadas ao Centro Cirúrgico, para a realização de cesareana. Assim que os bebês nascem, são imediatamente atendidos e avaliados pelo pediatra de plantão e pela equipe de enfermagem. Após o atendimento, caso tudo transcorra bem e com condições clínicas favoráveis, mãe, bebê e acompanhante são encaminhados às unidades de Alojamento Conjunto.

Se após o nascimento a puérpera apresentar complicações, é transferida para UTIs de atendimento a adultos na cidade, onde há

recursos tecnológicos mais específicos. Os recém-nascidos, por sua vez, são levados para a Unidade Neonatal, onde são imediatamente assistidos por uma equipe neonatal especializada.

A Unidade Neonatal é o setor destinado ao atendimento aos recém-nascidos de risco, sendo, na sua maioria, os que nascem prematuramente, necessitando de aparato tecnológico com procedimentos complexos para manutenção da vida. Todas as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde estão centradas para o cuidado especializado, responsável e ético a estes bebês, visando à recuperação, com o mínimo de seqüelas possível (BRASIL, 1998). Esta unidade engloba três ambientes e atualmente possui 28 leitos, distribuídos da seguinte maneira:

Cuidados intensivos (10 leitos): internam recém-nascidos com problemas graves de saúde, necessitando de aparato tecnológico complexo e atendimentos que dão suporte à vida.

Cuidados semi-intensivos (06 leitos): internam recém-nascidos que apresentam instabilidade das funções vitais, com risco de agravamento do seu estado clínico, necessitando permanentemente de cuidados médicos e de enfermagem.

Cuidados intermediários (10 leitos): internam recém-nascidos que apresentam patologias ou alterações que podem surgir nas primeiras horas de vida, sem risco iminente de vida, mas que necessitam avaliações médicas e de enfermagem constantes.

Isolamento (02 leitos): internam recém-nascidos que apresentam alguma patologia infecto-contagiosa, conforme normas da Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH).

Este setor tem uma taxa de ocupação que gira em torno dos 98%, com uma média de 40 internações/mês, tendo como principais causas de internação a prematuridade, o desconforto respiratório, a asfixia neonatal, entre outras. O tempo de internação pode variar de dias até meses.

O procedimento de instalação do CCIP é realizado dentro da Unidade Neonatal, mais especificamente dentro da UTIN, onde se encontram os bebês mais graves e que necessitam de cuidados e procedimentos mais especializados, pois dependendo das suas condições clínicas, ficam muito tempo internados e necessitam de terapêutica intravenosa prolongada. É realizada uma média de 20 procedimentos/mês do CCIP e esta instalação é feita especialmente pela enfermeira, à beira do leito do RN, em qualquer momento do dia.

A Unidade Neonatal possui uma equipe multiprofissional para a assistência ao RN, formada de 26 neonatologistas, 10 enfermeiras, 56

técnicos de enfermagem, 02 fonoaudiólogos, 03 fisioterapeutas, 01 psicóloga, 01 assistente social e 01 terapeuta ocupacional. O pessoal de enfermagem que trabalha nesta unidade possui uma escala de 12 horas de trabalho por 48 horas de folga, exceto as enfermeiras, que trabalham com uma escala de 6 horas diárias nos turnos matutino e vespertino.

Atualmente minha função na unidade é de enfermeira coordenadora, realizando diversas atividades, desde treinamento e acompanhamento de funcionários recém-admitidos, até cuidados assistenciais diretos aos recém-nascidos e suas famílias.

A unidade possui um fluxo constante de profissionais que ali atuam, principalmente no período diurno, onde a movimentação e circulação de pessoas são mais intensas. Entretanto, no que se refere ao fluxo dos familiares dos recém-nascidos na unidade, tanto o pai, a mãe ou mesmo outro familiar responsável pelo bebê tem acesso livre durante as 24 horas. A equipe de saúde está sempre incentivando que esta família esteja presente, participando da evolução clínica e, quando possível, dos cuidados com o recém-nascido, considerando que o vínculo afetivo é de extrema importância, pois tanto o bebê quanto sua família, necessitam de atenção e cuidados neste período especial de suas vidas. As visitas dos avós e irmãos dos bebês na unidade acontecem sempre uma vez por semana, a fim de conhecerem o novo integrante familiar e acompanharem sua evolução clínica.

4.2 OS SUJEITOS PARTICIPANTES

Os sujeitos desta pesquisa foram as famílias dos recém-nascidos que se submeteram ao CCIP, abrangendo as três etapas envolvidas no processo, ou seja, o antes, o durante e o depois. É importante reforçar que, na PCA, os sujeitos são integrantes ativos, contribuindo com informações que possibilitem abranger todas as dimensões do problema em estudo (TRENTINI; PAIM, 2004).

Como se tratou de uma pesquisa qualitativa convergente-assistencial, não foi projetado número mínimo ou máximo de participantes, uma vez que, por suas próprias características, não estabeleceu critérios rígidos baseados na generalização, e sim, na representatividade referente à diversidade e profundidade das informações. Dessa maneira, como enfermeira-pesquisadora, ao observar que os dados obtidos durante minha prática diária no processo

de cuidar eram suficientes, a ponto de gerarem saturação de informações, ou seja, ocorrerem repetição das mesmas, decidi, em concordância com as famílias, o caminho ideal para a saída do campo de pesquisa, mantendo, em regime integral, o compromisso assistencial até a alta hospitalar da instituição. Segundo Monticelli (2003, p. 112), “a saturação ocorre quando se observa que as idéias, as ações e as condutas começam a se repetir, tornando-se redundantes ou apresentam graus de similaridades”.

Participaram da PCA cinco famílias que tiveram seus recém-nascidos submetidos ao CCIP durante o período de hospitalização. Todas estas famílias foram identificadas com nome de flores, escolhido por elas mesmas, como forma de homenagear a cidade onde o estudo foi realizado.

FAMÍLIA 1: Margarida, Lótus, Azaléa (Gemelar I), Antúrio (Gemelar II) e Magnólia

Margarida, a mãe, tem 28 anos, é católica, reside em um bairro popular na zona sul de Joinville, possui ensino fundamental completo e trabalha como diarista. Segundo sua própria denominação, é “amasiada” com Lótus, com quem já tinha, anteriormente, 02 filhos; um de 13 anos e outro de 09 anos. É GIII CII AB0. Esta gestação foi de gemelares e todas essas crianças são filhos dessa mesma relação. Realizou seis consultas de pré-natal no posto de saúde do seu bairro e tem história de infecção do trato urinário no segundo trimestre de gravidez. Sua internação na maternidade foi no dia 09/02/09 às 20h10min, com trabalho de parto prematuro (TPP).

Lótus, o pai, tem 33 anos, é católico, mora junto com Margarida há 14 anos, estudou até completar o ensino fundamental (1º grau) e trabalha como servente em uma empresa de construção civil.

Azaléa (Gemelar I), sexo feminino, nasceu no dia 09/02/09 às 20h16min, de parto cesáreo, pesando 2.360 g e medindo 48 cm de estatura. Seu perímetro cefálico (PC) mediu 31 cm, o perímetro torácico (PT) foi de 29,5 cm e o perímetro abdominal (PA) foi 30 cm. Recebeu Apgar 3 no 1º min. e 7 no 5º min. de vida. Idade gestacional segundo Capurro: 35 semanas. Classificação do RN segundo Lubchenco: Adequado para a Idade Gestacional (AIG). Após o nascimento apresentou gemência e taquipnéia, sendo necessária internação na UTI neonatal. Foi colocada em berço aquecido a 36,5°C, em oxitenda (FIO₂ a 40%), ficando aproximadamente 20 minutos. Foi sedada, entubada e

colocada em ventilação mecânica. Também foi submetida a cateterismo umbilical. Iniciou com hidratação endovenosa (HEV) e expansão de volume com soro fisiológico (SF) 0,9% devido ao baixo débito. Iniciou tratamento com antibióticos e foi submetida à sondagem nasogástrica (SNG) para controle de resíduo gástrico. O índice glicêmico inicial foi de 68 mg/dl, tendo eliminações vesicais presentes e intestinais ausentes. Foi a óbito no 4º dia de vida.

Antúrio (Gemelar II), sexo masculino, nasceu no dia 09/02/09 às 20h17min, de parto cesáreo, pesando 2.525 g e medindo 46 cm de estatura. Seu PC mediu 33 cm, o PT foi 29,5 cm e o PA foi 32 cm. Recebeu Apgar 2 no 1º min. e 8 no 5º min. de vida. Idade gestacional segundo Capurro: 35 semanas. Classificação do RN segundo Lubchenco: AIG. Após o nascimento, apresentou leve desconforto respiratório e gemência, foi encaminhado para sala de cuidados intermediários na Unidade Neonatal, colocado em incubadora aquecida e oxigênio inalatório a 2L/min e após 30 minutos apresentou melhora do quadro respiratório, sendo suspenso a oxigenioterapia. Esta criança teve alta da UTIN no segundo dia de vida.

Magnólia tem 63 anos, é avó materna das crianças, mora sozinha no mesmo bairro residencial de Margarida, é viúva e sua profissão é do lar, identificava-se como católica e estava acompanhando a filha na maternidade.

Iniciei a aproximação direta com a família no dia 11/02/09, na UTI Neonatal, quando Margarida (mãe) e Magnólia (avó materna) vieram juntas, pela primeira vez, visitar os gemelares. Magnólia era quem estava acompanhando o pós-parto e a internação de Margarida na instituição. Segundo informações colhidas dos demais elementos da equipe neonatal, o pai (Lótus) levou Margarida à MDV para ganhar os bebês, no dia 09/02/09 e, após o nascimento, na madrugada do dia 10/02/2009, visitou os gemelares na unidade e conversou com o pediatra de plantão. A avó materna também já havia comparecido na unidade para ter notícias dos bebês, no dia anterior. Contudo, somente dois dias após o nascimento, é que a mãe e a avó visitavam as crianças, juntas, pela primeira vez.

FAMÍLIA 2: Rosa, Gerânio e Lírio

Rosa, a mãe, tem 24 anos, é católica, mora em um bairro na zona sul de Joinville, possui ensino fundamental incompleto e é do lar. É casada com Gerânio há 6 anos, com quem já tem uma filha de 3 anos.

É Gesta III, Para I, AB I, realizou oito consultas de pré-natal no posto de saúde de seu bairro e apresentou Hipertensão Arterial e Infecção do Trato Urinário no 3º trimestre de gravidez.

Gerânio, o pai, tem 32 anos, mora com Rosa, tem ensino fundamental incompleto e trabalha como pedreiro autônomo. Lírío é seu segundo filho.

Lírío é um menino, nasceu no dia 07/03/09 às 20h00min, de parto cesáreo, pesando 3.225 gramas e medindo 50,5 cm. Seu perímetro cefálico (PC) foi 35 cm, o perímetro torácico (PT) foi 32 cm e o perímetro abdominal (PA) foi 33 cm. Apgar 1º min.7 e 5º min.8. Idade gestacional segundo Capurro: 38s1d. Classificação do RN segundo Lubchenco: AIG. Ao nascer, Lírío evoluiu com quadro de desconforto respiratório, apresentando batimentos de asa de nariz, retração subcostal e gemência, sendo encaminhado para UTI Neonatal, colocado em berço aquecido a 36,5°C e CPAP nasal (FIO₂ 30%), ativo, reativo ao manuseio, com períodos de irritação e choro, em monitorização contínua, com sinais vitais (FC 179 bpm, FR entre 79, Saturação de O₂ de 97%, T 36,8 °C). Recebeu cateterismo venoso umbilical para fluidoterapia e logo em seguida iniciou antibioticoterapia. Seu abdome estava flácido e depressível à palpação, permanecendo em jejum. Apresentou 12 ml de resíduo gástrico de coloração esverdeada, HGT inicial de 105 mg/dl. Por volta das cinco horas do dia seguinte evoluiu com cianose de extremidades, recebendo então droga vasoativa (dopamina) e expansor de volume (soro fisiológico). Apresentou bom débito urinário e eliminação intestinal ausente.

A aproximação com esta família aconteceu somente dois dias depois da internação do RN, pois ele havia nascido no final de semana e como eu não estava de plantão na unidade, não tive a oportunidade de estar mais próximo deles naquele momento inicial e especial. Assim, o encontro com esta família ocorreu dia 09/03/2009 (segunda-feira), durante a passagem de plantão, quando a enfermeira relatou sobre o motivo da internação do Lírío na UTI Neonatal. Enquanto ela falava da história materna e da evolução clínica do RN, fiquei pensando como seria essa família e como estava se sentindo por se tratar de um RN a termo e que necessitaria de cuidados especializados. Assim, logo após o término da passagem de plantão, me aproximei da incubadora de Lírío e fiquei observando seus movimentos, com períodos de choro, parecendo incomodado com a prongue do CPAP em suas narinas. Peguei o prontuário para me inteirar melhor sobre a criança e sua família, de onde eram e o que faziam, se tinham outros filhos, quem havia acompanhado Rosa na internação e no parto, enfim, alguns dados importantes para

facilitar a aproximação com a família.

FAMÍLIA 3: Violeta, Cravo, Orquídea e Acácia

Violeta, a mãe, tem 15 anos, é católica, segundo sua própria denominação, é “amasiada” com Cravo. Reside em um bairro popular, na região sul de Joinville, tem o ensino fundamental incompleto, já trabalhou como babá e atualmente está sem emprego, “devido à gravidez” (SIC). É Gesta I, Para 0, realizou apenas uma consulta de pré-natal no posto de saúde no seu bairro. Apresentou bacteriúria em urinálise e sem tratamento no primeiro trimestre de gestação. Chegou à maternidade no dia 05/03/09 às 07h53min, com Trabalho de Parto Prematuro (TPP) e em período expulsivo.

Cravo tem 21 anos, é católico, mora com Violeta, possui ensino fundamental incompleto e trabalha em uma loja de peças para motocicletas. Orquídea é sua primeira filha.

Orquídea, sexo feminino, nasceu no dia 05/03/09 às 08h10min, de parto vaginal, pesando 1.820 g. e medindo 45 cm de estatura. Seu perímetro cefálico (PC) foi 31 cm, o perímetro torácico (PT) foi 29 cm e o abdominal (PA), 27 cm. Apgar 1º min. 5 e 5º min. 6. Idade gestacional segundo Capurro: 32 semanas 1 dia. Classificação do RN segundo Lubchenco: AIG. Ao nascer, Orquídea apresentou desconforto respiratório, sendo encaminhada imediatamente para a UTI Neonatal, colocada em berço aquecido a 36,5°C. Foi entubada e colocada em ventilação mecânica. Recebeu surfactante exógeno devido à membrana hialina e cateterismo umbilical para iniciar fluidoterapia e antibioticoterapia. Permaneceu em NVO, com sonda orogástrica aberta, com débito de 2,0 ml de secreção clara e HGT inicial de 48 mg/dl.

Acácia, avó materna do recém-nascido, tem 53 anos, mora em um bairro próximo de Violeta, é separada, costureira, identificou-se como católica e esteve presente quando na internação de Orquídea na UTI Neonatal.

A aproximação direta com esta família aconteceu no dia 10/03/2009, quando estava na UTIN, no momento em que Violeta entrou para entregar o leite que acabara de ordenhar. Neste período, por problemas administrativos, não consegui estar diretamente na assistência, o que me impediu de me aproximar da família já na internação de Orquídea. Entretanto, como acompanhava as passagens de plantão no período matutino, eu já sabia o motivo da internação do RN e, por se tratar de um bebê prematuro, e ainda, por ser um candidato a

ser submetido ao CCIP, comecei a me aproximar primeiramente do bebê e através das informações contidas no prontuário sobre dados dessa família. A mãe do bebê (Violeta) era adolescente e permaneceu internada no setor de Alojamento Conjunto. A avó materna (Acácia) e o pai do bebê (Cravo) estavam constantemente presentes na UTI para visitar e obter informações sobre o quadro clínico da criança. Entretanto, não tinha prestado atenção naquela família. Assim, o meu encontro com eles ocorreu somente quando a indicação para o uso do CCIP foi solicitada.

FAMÍLIA 4: Gérbera, Jasmim, Amor-Perfeito e Hortência

Gérbera, a mãe, tem 28 anos, é católica, mora em um bairro popular na zona norte de Curitiba-PR, não completou o ensino superior em fisioterapia e é do lar. É casada com Jasmim, com quem já tem, anteriormente, outros 2 filhos, um de 7 anos e outro de 4 anos. É Gesta III, CES II e AB 0. Realizou cinco consultas de pré-natal em consultório particular e tem história de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG). Chegou na MDV no dia 13/03/09 por volta das 21h00min, apresentando cefaléia intensa e hipertensão. Após admissão, realizou ecodoppler fetal que constatou sofrimento fetal e foi encaminhada para cesariana de urgência.

Jasmim, o pai, tem 37 anos, é casado com Gérbera, moram na mesma casa, tem ensino superior completo em Marketing e Propaganda e trabalha como autônomo. Amor-Perfeito é seu terceiro filho.

Amor-Perfeito, um menino, nasceu no dia 13/03/09 às 22h25min, de parto cesáreo, pesando 1765 gramas e medindo 41cm de estatura. Seu perímetro cefálico (PC) foi 29,5 cm, o perímetro torácico (PT) foi 28,0 cm e o perímetro abdominal (PA) foi 26,5 cm. Apgar 1º min.7 e 5º min. 9. Idade gestacional segundo Capurro: 31 semanas 3 dias. Classificação do RN segundo Lubchenco: AIG. Ao nascer, Amor-Perfeito evoluiu com desconforto respiratório, sendo encaminhado para a UTI Neonatal, colocado em berço aquecido a 36,5°C, administrado sedativo intra-nasal e em seguida foi entubado com cânula endotraqueal nº 2,5 e colocado em suporte ventilatório. Foi administrado surfactante exógeno devido à membrana hialina e realizado cateterismo umbilical, para iniciar fluidoterapia. Estava em jejum, com sonda nasogástrica, apresentou 3 ml de secreção clara e HGT inicial de 93 mg/dl.

Hortência, tia de Gérbera, tem 57 anos, é casada, mora com seu esposo em um bairro popular na zona norte de Joinville e sua profissão é

do lar. Identificou-se como católica e estava acompanhando a sobrinha na maternidade.

A aproximação com esta família aconteceu no dia 14/03/09, na UTI Neonatal, quando Hortência (tia de Gérbera) veio visitar Amor-Perfeito pela primeira vez, e ter notícias sobre sua situação de saúde. Hortência era quem estava acompanhando o pós-parto e a internação de Gérbera na instituição. Segundo informações da equipe de enfermagem, o casal retornava de viagem de negócios a Florianópolis e, numa rápida visita à Hortência, na cidade de Joinville, Gérbera apresentou mal-estar e Jasmim (pai) levou-a para a emergência da MDV. Depois de realizados exames laboratoriais e ecodoppler fetal, foi imediatamente encaminhada para o centro cirúrgico e submetida ao parto cesáreo, o qual foi acompanhado por Jasmim. Após o nascimento de Amor-Perfeito, Jasmim visitou-o quando acontecia sua internação na UTIN. Entretanto, como havia deixado os outros filhos menores em Curitiba, obrigou-se a retornar à sua casa, deixando Gérbera e Amor-Perfeito sob o acompanhamento de Hortência.

FAMÍLIA 5: Tulipa, Alecrim, Girassol, Camélia e Dália

Tulipa, a mãe, tem 18 anos, é evangélica, mora com o companheiro Alecrim e reside em Araquari, cidade vizinha de Joinville. Possui ensino médio incompleto e trabalhava como balconista em uma loja de roupas, mas pediu demissão antes de ganhar o bebê. É Gesta I, P 0 e realizou apenas duas consultas de pré-natal. Tem história de Infecção do Trato Urinário não esclarecida no segundo trimestre da gravidez e fez uso de cefalexina e de sulfato ferroso. Chegou na MDV no dia 02/05/09 às 10h15min, já em trabalho de parto.

Alecrim, o pai, tem 21 anos, declarou-se evangélico, não concluiu o ensino médio e trabalha como operador de máquinas em uma empresa na cidade de Joinville. Girassol é seu primeiro filho.

Girassol é do sexo masculino, nasceu no dia 02/05/09 às 21h55min, de parto normal, pesando 3055 gramas e medindo 51 cm. Seu perímetro cefálico (PC) foi 36,0 cm, o perímetro torácico (PT) foi 32,0 cm e o perímetro abdominal (PA), 34,0 cm. Apgar 1º min. 2, 5º min. 4 e no 10º min. 7. Idade gestacional segundo Capurro: 39 semanas. Classificação do RN segundo Lubchenco: AIG. Nasceu deprimido, pálido, hipotônico, bradicárdico, recebeu ventilação com pressão positiva com ambú e máscara, foi entubado com cânula nº 3,0 e teve a traquéia aspirada, com presença de líquido amniótico meconial. Após o

procedimento apresentou recuperação da cor, da frequência cardíaca e dos movimentos respiratórios. Foi transferido para a UTIN, colocado em berço aquecido a 36,5°C e em suporte ventilatório (FIO₂ 60%). No primeiro Raio-X de tórax realizado houve suspeita de pneumomediastino. Foi realizado cateterismo umbilical venoso para iniciar fluidoterapia e administrado push de bicarbonato. O HGT inicial foi de 138 mg/dl. Foi realizada sondagem nasogástrica em jejum, sem apresentar resíduos.

Camélia tem 45 anos, é casada, evangélica, mora no mesmo bairro de Girassol e Alecrim e não trabalha. Identifica-se como amiga e pastora da igreja que é frequentada pelo casal. Veio à maternidade algumas vezes para acompanhar a evolução de Girassol.

Dália tem 16 anos, é solteira, estudante e mora em um bairro próximo de Tulipa e Alecrim. Identifica-se como irmã de Alecrim e compareceu à maternidade para visitar os familiares alguns dias antes da alta hospitalar de Girassol.

A aproximação com essa família aconteceu no dia 04/05/2009, durante a passagem de plantão, no qual tomei conhecimento sobre a história clínica do recém-nascido e o motivo de sua internação na UTI Neonatal. Enquanto a enfermeira relatava o que havia ocorrido durante o parto e o motivo que levou à internação de Girassol na UTI, fiquei imaginando como a família desse bebê estava se sentindo, pois se tratava de um recém-nascido a termo e que depois de um trabalho de parto prolongado, nasceu asfíxiado e necessitou de cuidados especializados. Antes de iniciar a aproximação busquei mais informações no prontuário, preparando-me para o encontro.

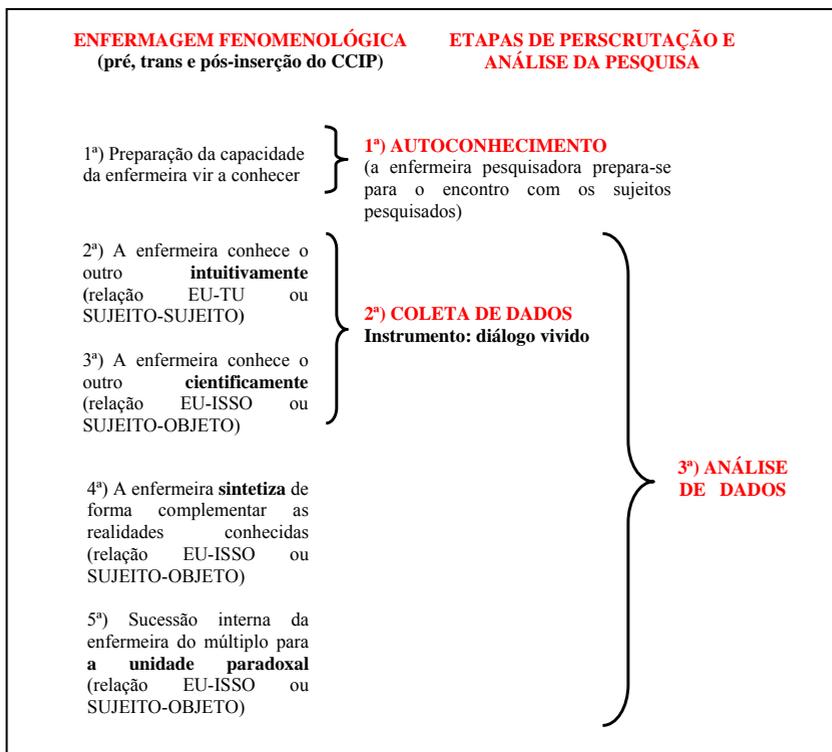
4.3 A OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA CONVERGENTE-ASSISTENCIAL POR MEIO DA ENFERMAGEM FENOMENOLÓGICA

Neste item apresento o modo de articulação intencional entre a tarefa investigativa e a tarefa cuidativa, com a pretensão de alcançar respostas às perguntas de pesquisa. Para mostrar esta vinculação, optei por seguir a dinâmica criada por Oliveira, Costa e Nóbrega (2006), já que essas autoras propõem uma pesquisa de campo com base na Teoria Humanista de Paterson e Zderad. Entretanto, fiz isso de forma criativa, procurando ultrapassar as propostas das autoras, com a finalidade de servir às minhas próprias inquietações e envolver os sujeitos que

fizeram parte da investigação.

A partir dessas considerações iniciais, mostro a interlocução entre o método da Enfermagem Fenomenológica (que é o processo de cuidado que foi desenvolvido com a família do recém-nascido submetido ao CCIP) e a trajetória da pesquisa (onde foram coletados e analisados os dados da investigação propriamente dita). É importante ressaltar que a Enfermagem Fenomenológica vai além de propor à enfermeira que desenvolva uma prática humanizada, a conceitualize e compartilhe; “a metodologia permite um avanço no **processo de construção de um conhecimento originado do mundo vivido da Enfermagem**” (OLIVEIRA; COSTA; NÓBREGA, 2006, p. 102, grifo nosso).

A seguir, apresento o esquema geral que elaborei para operacionalização da proposta e em seguida descrevo as partes componentes.



Quadro 1 – Representação da operacionalização da Pesquisa Convergente-Assistencial da enfermeira com os recém-nascidos submetidos ao Cateter Central de Inserção Periférica e suas famílias

Conforme se observa no quadro, o esquema foi representativo de como aconteceu o processo investigativo (três etapas), a partir da Enfermagem Fenomenológica (cinco fases). Com tal representação, minha intenção foi deixar claro que a PCA “se revela pelos movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática, de forma a criar espaços de superposição com a assistência” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 72).

A descrição que apresento a seguir inclui desde a forma como as etapas investigativas ocorreram em interconexão com as fases assistenciais – englobando a **pré-inserção**, a **trans-inserção** e a **pós-inserção** do CCIP – até a apresentação do modo como a técnica do

diálogo vivido foi operacionalizada com os sujeitos do estudo, a fim de obter informações que responderam às perguntas desta investigação. Também descrevo os procedimentos que segui para o registro das informações, bem como o processo de organização e análise dos dados da pesquisa.

A **primeira etapa** da pesquisa foi o **Autoconhecimento** e envolveu a primeira fase da Enfermagem Fenomenológica, onde aconteceu a *preparação da capacidade da enfermeira para vir a conhecer*, que foi um momento prévio e necessário para que a pesquisadora buscasse conhecer a si mesma, fazendo uma auto-análise, revendo seus valores, pensamentos e atitudes, tanto pessoais quanto profissionais, antes de iniciar sua prática de enfermagem. Esta preparação com seu mundo interior pôde ser feita através de atitudes contemplativas, leituras, filmes, participações em cursos ou palestras, ou mesmo por meio de conversas com profissionais das áreas ligadas à terapia mental, para ter um conhecimento mais aprofundado do ser humano – um requisito que é indispensável para se preparar para o encontro e o diálogo vivido com os sujeitos pesquisados, ou seja, as famílias cujos bebês se submetem ao CCIP.

A **segunda etapa** consistiu na **Coleta de dados** e envolveu tanto a relação EU-TU (conhecer intuitivamente), quanto à relação EU-ISSO (conhecer cientificamente), uma vez que, segundo a PCA, a coleta das informações ocorre quando pesquisadores e participantes se envolvem na pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004).

Quanto à operacionalização da segunda fase da Enfermagem Fenomenológica, *a enfermeira conhece o outro intuitivamente*, que é a relação EU-TU, procurei, por meio do diálogo vivido, estabelecer encontros com as famílias através da relação sujeito-sujeito, com objetivo de conhecer e relacionar-me com cada uma delas, individualmente, para saber como elas eram, quais suas dúvidas, angústias, medos e temores sobre o procedimento do CCIP, antes, durante e depois de sua ocorrência, instrumentalizando-me das diferentes formas de comunicação verbal e não-verbal, com intuito de responder aos seus chamados, utilizando-me da presença autêntica. De igual modo, procurei operacionalizar a terceira fase da Enfermagem Fenomenológica, que foi a relação EU-ISSO, denominada de *a enfermeira conhece o outro cientificamente*, sob o mesmo eixo do diálogo vivido. No transcorrer desta fase utilizei principalmente meus conhecimentos profissionais, especializados, sem deixar de envolver-me com os sujeitos do estudo, de forma essencialmente humana. Contudo,

esta dimensão já aparece impregnada de decisões classificatórias, ancoradas na ciência e na tecnologia do cuidado.

A relação dialógica a ser estabelecida com cada uma das famílias permitiu ouvi-las narrar espontaneamente suas histórias relacionadas ao bebê e à necessidade que o mesmo possui de manter acesso venoso, como também seus temores, dúvidas, preocupações e desconhecimentos a respeito da instalação e manutenção do cateter. Ao surgirem os chamados, surgiram as respostas, que consistiram no meu cuidar das famílias, “através da atenção, da escuta e do toque, tentando transmitir segurança e apoio, expressando a minha solicitude” (OLIVEIRA; COSTA; NÓBREGA, 2006, p.103).

Nesta etapa, o diálogo vivido foi evocado, lembrando sempre que a enfermagem é uma experiência intersubjetiva em que ocorre um verdadeiro partilhar. O *Encontro* com as famílias se estabeleceu em todos os momentos que envolveram o processo de instalação do CCIP (antes, durante e depois), onde quer que as mesmas estivessem. Ocorreu sempre sob a expectativa humanística e fenomenológica de que havia uma enfermeira e uma família a ser percebida e cuidada em toda a sua complexidade. Estive permanentemente atenta aos sentimentos surgidos pela antecipação do encontro, aos meus sentimentos e à singularidade de cada uma das famílias, pois mesmo que estivessem passando por processos similares de necessidades e demandas, suas experiências frente aos fenômenos eram individuais e específicos. O *Relacionar-se* com as famílias implicou em **estar** com elas de modo genuíno e autêntico, sem máscaras ou dramatizações, procurando desempenhar o papel de enfermeira, sem perder de vista que todos os sujeitos, parceiros deste estudo, vivenciaram situações humanas (PATERSON; ZDERAD, 1988). A *Presença* foi colocada em prática com as famílias, tanto nos minutos horas ou dias que antecederam o procedimento, quanto na sua instalação, ou ainda no tempo que durou sua manutenção, até o momento da retirada. Consistiu em estar aberta, receptiva, pronta e disponível para as famílias. Os *Chamados/Respostas* foram vivenciados de forma transacional, seqüencial e simultânea, em todos os estágios que a família precisou passar para a manutenção do acesso venoso do recém-nascido. A família chamou (de modo verbal e não verbal) e a enfermeira respondeu (de modo verbal e não-verbal), e o contrário também ocorreu; não houve outra forma de encarar a situação humana em pauta.

Para operacionalizar esta etapa de Coleta de dados utilizei um instrumento especialmente criado para servir como roteiro para a obtenção dos dados, tanto no momento pré-inserção do CCIP, como durante a inserção propriamente dita e também após a inserção

(Apêndice A). Para o registro dos dados que foram coletados me servi de um diário de campo, com objetivo de descrever qualquer informação observada ou diálogo estabelecido com a família do RN, durante a condução da PCA. Como sugere Monticelli (2003), neste diário foram registradas as práticas, idéias, medos, falhas, equívocos, reflexões da enfermeira-pesquisadora, suas condutas, bem como as mudanças de metodologia surgidas no decorrer do estudo. Foi dada ênfase a particularidade de cada relato dos sujeitos da pesquisa e dos acontecimentos, bem como às impressões da pesquisadora, para que não se perdesse a riqueza de detalhes. Em suma, este diário contemplou todas as informações que se sucederam a partir do diálogo vivido, durante o transcorrer das etapas da Enfermagem Fenomenológica que foram vivenciadas com as famílias dos recém-nascidos submetidos ao CCIP.

Um exemplo de como operacionalizei a Enfermagem Fenomenológica com uma dessas famílias encontra-se no Apêndice B.

A terceira etapa da pesquisa consistiu na **análise dos dados**, que abrangeu desde o conhecimento intuitivo e científico (considerando cada RN e sua família individualmente), até as fases de síntese e busca da unidade paradoxal (considerando a comparação de todos os RNs e suas famílias). Portanto, o processo analítico dos dados tem uma interface inicial com a etapa de coleta de dados.

De um modo geral, o processo analítico foi desenvolvido em dois grandes movimentos classificatórios. O primeiro, englobando a segunda e a terceira fases da Enfermagem Fenomenológica e o segundo movimento, englobando a quarta e a quinta fases, respectivamente.

Em termos operacionais, no primeiro movimento classificatório procedi à leitura atenta de todas as situações humanas experienciadas nos momentos de pré, trans ou pós- inserção do CCIP, com cada um dos recém-nascidos e suas famílias, buscando as particularidades vividas no diálogo com objetivo de conceituar a experiência de cada um segundo o seu potencial humano. Para isto, foi necessário me distanciar de tudo que havia vivenciado juntamente com cada família do RN submetido ao CCIP, dando um novo significado a tal experiência, refletindo e expressando sua compreensão. Neste momento, começaram a surgir as primeiras unidades de significado, onde os dados foram interpretados, analisados e categorizados a partir do fenômeno estudado, incorporando as experiências **de cada uma das famílias** através do meu olhar, possibilitando a formação de uma síntese relacionada ao conhecimento novo obtido.

Um exemplo da primeira parte deste primeiro movimento classificatório pode ser acompanhado também no Apêndice B, onde o leitor tem a oportunidade de observar, na coluna direita do Diário de Campo, as primeiras aproximações interpretativas com a Teoria Humanística. Neste exemplo, a partir do diálogo vivido com a Família 3, eu estava realizando esboços iniciais de unidades de significado que respondessem à segunda pergunta de pesquisa.

No segundo movimento classificatório ocorreu a **comparação entre as experiências de todas as famílias participantes**. Neste movimento, a primeira decisão passou pela fase em que *a enfermeira sintetiza de forma complementar, as realidades conhecidas*. Nela, foi possível comparar e sintetizar as múltiplas realidades conhecidas na fase anterior (com cada uma das famílias), para então chegar a uma visão ampliada, ou seja, as similaridades e diferenças entre todas as famílias que tiveram seus filhos submetidos ao CCIP, buscando realizar uma síntese que respondesse à primeira pergunta de pesquisa. Neste processo “as diferenças descobertas nas realidades semelhantes não rivalizam, uma não nega a outra [...]. Diferenças só podem tornar visíveis as realidades maiores de cada uma” (PATERSON; ZDERAD, 1979, p. 123, tradução nossa).

Um exemplo desta etapa analítica encontra-se no Apêndice C.

A partir disso, foi possível chegar à última fase, a *sucessão interna da enfermeira do múltiplo para a unidade paradoxal*, onde, através das reflexões e considerações sobre as relações entre as múltiplas visões, realizei uma revisão compreensiva, com a oportunidade de expandir minha própria visão sobre o fenômeno vivenciado. Como enfatizam Paterson e Zderad (1979, p. 125, tradução e grifos nossos), “a enfermeira vai além das multiplicidades e contradições e chega a uma concepção **importante para a maioria ou para todos**”.

Neste último movimento analítico, após extenuantes leituras, pude chegar às unidades de significados que respondem, então, aos dois objetivos desta PCA, conforme apresento no Apêndice D.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo esteve em conformidade com os princípios contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), respeitando os princípios da beneficência (ponderação entre riscos e

benefícios, inclusive os potenciais para indivíduos ou grupos), não maleficência (garantia de que danos previsíveis serão evitados), justiça (relevância social da pesquisa, garantindo o interesse dos envolvidos) e autonomia (no caso deste estudo, além do consentimento livre e esclarecido, a proteção dos legalmente incapazes ou recém-nascidos) e também pelos princípios do Código de Ética Profissional de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2000).

Concordo com Monticelli (2003) que as questões éticas devem estar permeando todas as fases do processo de investigação e não apenas um momento específico; mesmo porque as idéias e princípios éticos não estão somente “no papel”, mas também na vigência das inter-relações e nos processos comunicativos que são criados em comum acordo com os sujeitos da pesquisa.

Por ser uma pesquisa que foi desenvolvida com familiares dos recém-nascidos internados em uma Unidade Neonatal, apresentou características próprias com relação aos sujeitos, pois se tratou de pessoas que possuíam uma relação afetivas com os RNs que ali se encontravam internados, muitas vezes clinicamente instáveis e com risco de vida. Por isso foi importante ter a sensibilidade para visualizar que estas famílias precisavam de ajuda, dando-lhes apoio e compartilhando suas dúvidas, medos e incertezas. Significou também ter o compromisso ético com estas famílias, dando todas as informações pertinentes ao quadro clínico do RN e tudo que envolvesse a terapêutica e procedimentos necessários para sua sobrevivência e recuperação.

Neste estudo, que esteve relacionado ao uso CCIP no RN durante seu período de internação, as questões éticas foram extremamente relevantes, envolvendo em um só contexto o próprio bebê tanto quanto sua família. Aqui, coube à enfermeira-pesquisadora, além de respeitar todos os princípios éticos que estavam relacionados às etapas do procedimento, também ter o compromisso permanente de fornecer às famílias todas as informações por elas requisitadas. O desejo da família em participar espontaneamente desta pesquisa foi o principal critério para a sua inserção como sujeito do estudo, tendo o direito de continuar participando ou não do mesmo, em qualquer etapa de sua realização. Mantive sensível atenção para que todas as famílias sentissem-se confortáveis, sendo para participarem ou não da pesquisa, sem que isto acarretasse qualquer prejuízo à assistência de enfermagem prestada no ambiente da Unidade Neonatal ou em qualquer outro ambiente.

Como este estudo envolveu crianças, as mesmas só foram admitidas como sujeitos da pesquisa, mediante autorização do tutor

legal e mediante a avaliação por um Comitê de Ética em Pesquisa (PALACIOS; REGO; SCHRAMM, 2005). No caso da presente PCA (cujos dados foram coletados em concomitância com a prática assistencial) os pais ou responsáveis legais estiveram diretamente envolvidos no processo e participando ativamente de todas as etapas, tanto da assistência de enfermagem, quanto da investigação qualitativa, sempre que desejaram. Acredito ser importante acrescentar que este estudo promoveu benefícios para os sujeitos da pesquisa (família e os recém-nascidos), já que os mesmos se beneficiaram da própria qualidade da atenção em saúde durante o período de internação na Unidade Neonatal. Além disso, todos os direitos dos envolvidos foram respeitados, cumprindo assim os trâmites legais de pesquisa, onde a enfermeira-pesquisadora atuou no sentido de promover qualidade assistencial aos recém-nascidos e suas famílias.

Desta forma, os aspectos éticos específicos assumidos no transcorrer do presente estudo envolveram:

- submeter o projeto à Comissão de Ética em Pesquisa da Maternidade Darcy Vargas e ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (encaminhado em junho de 2008 e parecer aceito em julho de 2008);

- apresentar o estudo a ser desenvolvido, bem como seus objetivos, à equipe de saúde, de enfermagem e aos sujeitos do estudo;

- a PCA que contempla o processo de enfermagem foi implementada e os dados foram coletados somente após a assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E) pela família do RN submetido ao CCIP, sem que fosse utilizado qualquer tipo de coação;

- através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E) as famílias ficaram cientes da implementação da assistência de enfermagem antes, durante e depois da instalação do CCIP no RN, ficando explícito que, para isto, a enfermeira-pesquisadora teria necessidade da utilização dos prontuários dos recém-nascidos.

- o direito de participar ou não da pesquisa foi garantido, bem como a desistência em qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo aos recém-nascidos e suas famílias;

- o anonimato foi garantido com nomes fictícios, preservando os valores éticos e morais;

- o trabalho foi disponibilizado aos participantes sempre que solicitado, estando a pesquisadora disponível para qualquer esclarecimento;

- as informações, análises e sugestões contidas no estudo tiveram o objetivo meramente profissional, com premissas de responsabilidade,

honestidade, respeito e dignidade;

- a saída de campo garantiu aos sujeitos a possibilidade de procurar a pesquisadora para qualquer dúvida ou esclarecimento, além de também garantir à instituição o retorno dos resultados da pesquisa.

Dilemas éticos que surgiram durante este estudo foram discutidos com a orientadora (pesquisadora responsável), a fim de solucioná-los da melhor forma possível e respeitando o direito dos envolvidos.

5 A EXPERIÊNCIA DAS FAMÍLIAS DOS RECÉM-NASCIDOS SUBMETIDOS AO CCIP

Este capítulo responde à primeira pergunta de pesquisa, que está relacionada com a experiência da família do RN submetido ao CCIP, a partir do diálogo vivido (relação EU-TU e relação EU-ISSO) durante a coleta de dados com cada uma das famílias e, ao mesmo tempo, com todas as famílias participantes (relação EU-ISSO e EU-NÓS), consubstanciada na síntese e na busca da unidade paradoxal. Procurei ter um encontro especial com cada família singular, durante todo o processo em que o RN foi submetido ao procedimento, onde surgiram vários chamados e respostas intencionais, como forma de cuidado de uma pessoa para com a outra, ajudando-a a alcançar o 'bem-estar' e o 'ser mais'. Conforme propõem as teóricas Paterson e Zderad (1988), a enfermagem é desenvolvida por meio de uma experiência existencial. A enfermeira, após vivenciar uma situação, reflete e descreve fenomenologicamente os chamados e respostas ocorrentes na relação, buscando também o conhecimento adquirido por meio da experiência, reconhecendo, assim, o outro, em sua singularidade, como alguém que luta para sobreviver, vir-a-ser, que procura confirmar sua existência e entendê-la. Nesse sentido, a enfermeira tem um papel importante de estabelecer com o paciente um diálogo humano, conduzindo um relacionamento terapêutico, como meta assistencial.

A seguir serão descritas as unidades de significado que sintetizam as experiências dessas famílias face ao fenômeno investigado, sendo que o item 5.1 integra as experiências durante a etapa de pré-inserção, o item 5.2 integra as experiências na trans-inserção e o 5.3, as experiências durante a pós-inserção.

5.1 É PRECISO (SOBRE)VIVER PARA SER MAIS E ESTAR-MELHOR: O SER FAMÍLIA DIANTE DA NECESSIDADE DE INSTALAÇÃO DO CCIP

5.1.1 A perplexidade diante do inesperado: a família em um completo emaranhado de sentimentos

O nascimento de um bebê doente ou prematuro que precisa ser

internado na UTIN é um acontecimento inesperado e um impacto emocional no cotidiano familiar. Ao vivenciar o processo de internação do bebê, a família ingressa em um mundo novo, o mundo da UTIN, onde a organização, a dinâmica e a lógica são muito diferentes do seu cotidiano, e passa a viver a facticidade da doença do seu filho e a complexidade tecnológica ao qual é submetido (MOTTA, 1998).

Já no primeiro contato com o bebê na UTIN, um emaranhado de sentimentos é aflorado na família. Ela fica perplexa ao ver a criança cercada por fios e equipamentos complexos e, mesmo sabendo que estes são imprescindíveis para o seu bem-estar e a recuperação da sua saúde, demonstram sentir medo por conhecerem os riscos que ele está correndo. Ao ingressar neste mundo novo, a família fica desesperada, referindo sensações de estranheza e impotência frente às atuais exigências. De acordo com o pensamento de Santana, (2003) às vezes, as famílias se assustam ao ver seu bebê conectado a tubos e a aparelhos complexos, imersos na estranheza do mundo da UTIN. Borck (2007), Silva (2009), Braga e Morsch (2006), Guimarães (2006) e Costa (2005), em estudos anteriores, já haviam detectado que durante o primeiro contato que os familiares têm com o ambiente da UTIN, eles aparentam perplexidade, especialmente porque se decepcionam frente a uma realidade tão distante daquela idealizada inicialmente para o seu bebê. Além disso, a visão de um recém-nascido criticamente doente pode ser dolorosa para a família e isto, de acordo com Frota et al. (2007) certamente influenciará no contato inicial com o mesmo. “O nascimento de um bebê criticamente doente é geralmente um acontecimento inesperado e estressante para o qual as famílias não estão emocionalmente preparadas. Para completar a situação, a natureza precária das condições da criança gera uma atmosfera de apreensão e incerteza” (WHALEY; WONG, 1999, 211). Neste estudo, isto também ficou evidente durante o diálogo vivido com as famílias:

[...] e antes de chegar à sala de cuidados intermediários, ela imediatamente perguntou: “*enfermeira... onde está o meu outro bebê?*” Respondi: “*seu outro bebê... a menina? Está na UTI...*”, e antes mesmo de completar a frase, ela me olhou espantada e disse: “*na UTI? Por quê?*” (DV* com Margarida – mãe do gemelar Azaléa – F1**).

LEGENDA:

* DV = Diálogo Vivido

** F1 = Família 1 (as demais serão identificadas como F2, F3, F4 e F5, respectivamente)

“[...] ela está bem, mas está muito preocupada com o bebê. Ela está bastante nervosa. Quando cheguei de manhã ela estava chorando muito por causa do bebê e vim logo saber dele... ela o viu só ontem e está assustada” (DV com Gerânio, companheiro de Margarida, referindo-se à preocupação da esposa por seu filho estar na UTIN).

Eu estava retornando do horário do café, quando percebi que havia uma senhora parada na entrada da Unidade Neonatal, olhando para dentro, e então, falei: *“bom-dia! A senhora deseja alguma coisa?”* Ela, simpaticamente, respondeu: *“bom-dia! Eu sou parente da mãe do bebê da Gérbera, que internou ontem à noite, e gostaria de saber como ele está?... a Gérbera ainda não conseguiu levantar por causa da cesariana e está muito nervosa e aflita porque o bebê veio para a UTI e eu vim ter alguma notícia dele”* (DV com Hortência, tia de Gérbera, referindo-se à preocupação da sobrinha sobre a internação do recém-nascido na UTIN – F4).

Estes relatos revelam o modo de ser e agir das famílias em relação ao impacto de verem seus bebês imersos no mundo desconhecido do ambiente da UTIN. Segundo Paterson e Zderad (1979, p.63, tradução nossa), “ao ingressar em uma instituição de saúde, a família percebe-se como um ser em um mundo estranho de objetos novos”. Contudo, ainda mais um fato se sobrepõe à situação, que é a necessidade de o recém-nascido ter que se submeter ao procedimento de inserção do cateter para infusão periférica. Observei que para todas as famílias, o momento da notícia é permeado por dois sentimentos mais proeminentes: o susto e a tristeza.

O **susto** é um sentimento que causa espanto diante de algo inesperado. É um reflexo muitas vezes involuntário que aparece ao se deparar com alguma situação que causa medo. Para as famílias, vivenciar todo o processo com o recém-nascido internado na UTIN é algo desgastante, elas sofrem por ver a criança naquelas condições. Ainda, neste caso, ao se deparar com a notícia de que a criança precisará se submeter a mais uma intervenção, a família fica assustada e como reação imediata faz questionamentos do por que submeter a criança a mais um sofrimento, pois afinal ela já está com um cateter. O susto ficou evidenciado nos diálogos a seguir:

Aproveitando o assunto, mostrei para Rosa o cateter umbilical que estava no bebê e falei: *“a senhora está vendo esse cateter aqui no umbigo dele?”* ... Ela fez um movimento positivo com a cabeça, e então,

completei: *“esse cateter foi passado logo depois que ele nasceu para receber todas as medicações necessárias, os soros, a nutrição, e agora teremos que trocá-lo por outro cateter, que será puncionado em um dos braços”*. Ela me olhou e perguntou: *“não dá para ficar com esse mesmo?”* [...] à medida que explicava sobre os passos do procedimento do CCIP, Rosa me olhava atentamente, demonstrando preocupação, franzia a testa e, em alguns momentos, seus olhos se enchiam de lágrimas (DV com Rosa – F2).

Aproveitei o momento e mostrei para Violeta que o cateter que estava no umbigo do bebê precisava ser retirado... e antes de eu continuar falando, ela perguntou: *“não dá para ficar com esse aí?”* (apontando para o cateter umbilical). [...] enquanto eu falava sobre o CCIP e como era o procedimento, Violeta ficou séria, seus olhos arregalaram e com um semblante de aflição, questionou novamente: *“mas tem que passar esse cateter, mesmo?”* (DV com Violeta – F3).

Aproveitei o momento e falei que estávamos programando o procedimento do CCIP em seu bebê, para continuar a receber medicamentos e soros. Quando comecei a falar do que se tratava o CCIP, Gérbera arregalou os olhos e, num tom de voz demonstrando preocupação, perguntou: *“mas por que precisa passar outro cateter?”* Então falei à Gérbera que o cateter umbilical poderia ficar no máximo cinco dias inserido na criança, pois a região do umbigo era um local úmido e com grande probabilidade de contaminação. Gérbera parecia assustada e nervosa com a notícia. Sua testa estava franzida, mordida os lábios e seus olhos continuavam fixados no bebê (DV com Gérbera – F4).

A pediatra disse que seu quadro clínico era instável e que estava num período crítico, mas que todos os cuidados estavam sendo realizados para sua recuperação. Comentou também sobre a necessidade de retirar o cateter umbilical e realizar o CCIP, para que o bebê pudesse continuar recebendo os medicamentos e soros. Margarida mexia nos dedos, suspirava e mantinha os olhos fixos na criança. Parecia muito assustada com a notícia. [...] percebi que Margarida ficou triste com tudo que estava sendo exposto. Sem demora e, em silêncio, começou a chorar. Magnólia segurava as lágrimas para não chorar também. Ela abraçou a filha e as duas ficaram mais alguns minutos ao lado da incubadora. Permaneci ali, também em silêncio, respeitando o momento de fragilidade e angústia da família. A pediatra, gentilmente, colocou sua

mão sobre os ombros de Margarida e afastou-se (DV com Margarida e sua mãe, Magnólia – F1).

Imediatamente, após a notícia inesperada de que o neonato necessitaria ser submetido ao procedimento de instalação do CCIP, percebi que as famílias tiveram uma reação de choque, desespero, angústia e profunda tristeza. O medo de perder a criança era imenso por tudo que estava acontecendo, e agora, ainda mais, frente à notícia de que precisaria sofrer mais uma intervenção física. As famílias ficaram apavoradas e a primeira impressão que tiveram era de que a criança não ficaria bem e que poderia vir a morrer. Afinal, o ambiente da UTIN, por si próprio, já carrega o estigma de um lugar que representa sinônimo de gravidade, de proximidade da morte. Somado a isto, ainda, saber que a criança teria que passar por mais um procedimento, as famílias se inquietaram bastante nos primeiros momentos. Mesmo que todos da equipe tivessem a preocupação em utilizar termos conhecidos, como “cateter na veia” ou “pegar mais uma veia para mantê-lo hidratado”, as famílias ficaram temerosas de que “o pior” viesse a acontecer, independente das explicações que acompanhavam a notícia. Pai, mãe, tia, avó, ou quem estivesse recebendo a notícia de que o recém-nascido se submeteria ao CCIP, adotava expressão de profunda tristeza, logo após se recuperar do susto ante a comunicação da decisão.

Acompanhei-a até a incubadora do bebê e quando estávamos nos aproximando, ela comentou, com tom de voz emocionado: *“meu Deus, por que foi acontecer isso com você?... tão pequeno e já sofrendo desse jeito...”* Ela parecia inconformada com a situação do bebê. (DV com Rosa – F2).

Enquanto a funcionária administrava o leite pela sonda de Girassol, Tulipa ficava olhando para o bebê e com um tom de voz de preocupação, falou: *“coitadinho do meu bebê... será que precisava passar por tudo isso?”* Tulipa parecia um pouco apreensiva ao ver seu bebê naquela situação (DV com Tulipa – F5).

De acordo com o pensamento de Bowlby (1998), a **tristeza** é definida como uma reação normal a qualquer infortúnio, sendo em grande parte provocada por uma sensação de medo, aflição ou mesmo de perda. Ela, por si só, leva o ser humano a um estado de melancolia, apatia, desesperança, parecendo que tudo está perdido. Além disso, pode

levar a família a assumir um estado de total perplexidade diante da comunicação feita pelos profissionais, como se aquilo não estivesse acontecendo. Os integrantes da família ficam perdidos, confusos, com os pensamentos distantes e, algumas vezes, permanecem em silêncio ou choram.

A família sofre com a gravidade do quadro clínico da criança que se encontra em um ambiente que requer cuidados intensivos e a morte é uma presença constante que faz emergir o sentimento de perda. Morais e Costa (2009) referem que os sucessivos procedimentos invasivos que são necessários para monitorar, diagnosticar e tratar a criança vulnerabilizada pela situação vivida impõem às famílias atitudes de passividade, apenas presenciando silenciosamente a evolução clínica do bebê.

Ao se defrontarem com a notícia, as famílias do estudo tentavam buscar respostas que, em suas compreensões, justificassem o sofrimento que a criança estava passando. Diante disso, algumas vezes, percebi sinais de culpabilização, seja consigo próprios, ou ainda, transferindo a culpa para alguém. A culpa é outro sentimento experienciado quando se vivencia um momento de crise. Os trechos dos diálogos a seguir mostram claramente o sentimento de culpa ou de culpabilização expressa pelas famílias, enquanto fenômeno vivido:

Gérbera franzia a testa e mordida os lábios enquanto os olhos continuavam fixados no bebê. Então indaguei: *“está tudo bem, Gérbera?... você está compreendendo o que estou falando?”* Ela respondeu: *“[...] dá uma peninha em ver ele assim... eu deveria ter me cuidado mais para ele não nascer antes do tempo.”* (DV com Gérbera – F4. Gérbera, enquanto falava, tinha os olhos cheios de lágrimas).

[...] a pediatra ouviu o que Tulipa falava e explicou que o parto prolongado poderia ser um dos fatores para o bebê ter nascido asfíxiado. Tulipa ficou ouvindo-a atentamente e comentou: *“eu acho se a médica tivesse feito cesárea, meu bebê não estaria aqui... meu marido está inconformado com tudo que aconteceu”* (DV com Tulipa – F5).

Percebi que, enquanto falava, Alecrim ficava me olhando com expectativa. Arregalava os olhos demonstrando preocupação. Colocava as mãos na face e fazia um gesto negativo com a cabeça. Disse: *“acho que nada disso precisava ter acontecido se tivesse feito a cesárea na Tulipa... ela ficou um tempão em trabalho de parto, sofrendo de dor e, ainda, quando ela foi levada para mesa, só faltaram subir em cima dela*

para o bebê nascer...” (DV com Alecrim, esposo de Tulipa – F5. Alecrim relatava o que havia acontecido no Centro Obstétrico no dia do parto. Ele parecia muito irritado e, em alguns momentos, aumentava o tom de voz, parecendo estar vivenciando novamente o que havia ocorrido).

Camélia, que estava sentada ao lado do leito, me olhou e com uma expressão de indignação, falou: *“vamos orar para que o bebê saia bem, senão muita gente vai ter que se explicar...eu não sei quem, mas alguém é culpado por isso”* (DV com Camélia, pastora da igreja que Alecrim e Tulipa frequentavam – F5).

Ao vivenciar estes diálogos percebi que as famílias estavam sofrendo muito com tudo que estava acontecendo com o bebê. Naquele momento, “múltiplas eram as dores” das famílias, fato que ficou evidenciado em um dos diálogos com a família 5. O sentimento de indignação era associado com as intercorrências que ocorreram durante o parto, que culminou na internação do recém-nascido na UTIN e, ainda mais, pela notícia de que a criança precisaria ser submetida a mais uma intervenção dolorosa. Inconformados com a situação, tinham dificuldades de compreender as razões clínicas para a indicação do procedimento. Encontrar a quem acusar parecia a forma de enfrentar a notícia, já que era quase impossível não sofrer diante da imponderabilidade do “ter-que-fazer”. As famílias sofrem assistindo ao sofrimento, sofrem junto com o recém-nascido e sofrem pelo fato de vê-lo sofrendo, sem que elas possam fazer alguma coisa para evitar ou minimizar a sua dor, em especial nas situações em que ele é submetido aos procedimentos terapêuticos dolorosos. A família também vivencia a dor de sentir-se impotente, de ser incapaz de livrar o seu bebê daquele sofrimento (OLIVEIRA; ÂNGELO, 2000).

Com esta família observei também, durante o diálogo vivido, que um de seus membros procurava confortar e ajudar o outro, como maneira de minimizar a sensação de padecimento. Ao mesmo tempo em que proporcionava apoio emocional para seu companheiro, a esposa tentava também desviar o foco do diálogo para o que estava por acontecer dali em diante com o seu bebê.

Tulipa a interrompeu e como forma de acalmá-lo, falou: *“tenho certeza que o Girassol vai ficar bem... não vamos mais falar do que passou... agora o que importa é que nosso bebê melhore logo para a gente ir*

embora” (DV com Tulipa e seu companheiro Alecrim, referindo-se desta forma para tentar superar a experiência que tiveram durante o parto – F5).

Tulipa o interrompeu e novamente falou: *“Alecrim esquece o parto.... a enfermeira veio aqui para falar do Girassol e do procedimento que vai ser feito nele”* (DV com Tulipa e seu companheiro Alecrim – F5).

Gaíva e Ferriani (2001) refletem que durante todo o ciclo de vida das famílias, muitas são as dificuldades e conflitos que terão que enfrentar, porém, nem sempre estão preparadas para as chamadas crises situacionais ou inesperadas, e então, sofrem muito. Dichtchekian (1988) enfatiza, também, que a todo o momento somos afetados por experiências que assinalam o caráter contingente de nós mesmos. Os acontecimentos que nos afetam acidentalmente determinam o caráter de nossa existência, de estarmos à mercê de uma situação imprevisível ou mesmo circunstancial. Muitas vezes, a irracionalidade nos deixa sem resposta sobre por que precisávamos passar por tudo isso? Por que o meu bebê está sofrendo tanto? Por que eu não posso transferir para mim a dor que ele sentirá?

Os significados atribuídos às situações vivenciadas estão relacionados ao modo de existir do ser que as experiencia (VALLE, 1997). Assim, é relevante considerar, no que se refere à experiência da família, que não há definições prévias que consigam expressá-la, pois o ser humano se coloca no mundo sempre vivenciando diferentes situações, atribuindo significados, a partir de sua subjetividade. Paterson e Zderad (1979) trazem a concepção de que é por meio da expressividade do ser humano e de suas vivências únicas, que se desvela o modo de existir de cada um. É diante de uma mesma situação que cada EU experiencia sentimentos e percepções que lhes são próprios.

5.1.2 Tendo de aceitar o procedimento

Para algumas famílias é difícil aceitar ver que seu bebê tão frágil e pequeno possa sofrer tanto com tão poucos dias de vida (SANTANA, 2003). Porém, apesar disso, após o período do susto e da tristeza inexorável diante da notícia, o desespero parece, aos poucos, e no tempo particular de cada família, ceder lugar para certa conformidade com relação ao assunto.

Mesmo antes de receber qualquer informação a respeito do

procedimento, demonstrando temor de algo dar errado durante a execução da técnica, mostrando aflição diante do desconhecido, fazendo associações fortuitas, fantasiando acerca do modo de inserção do cateter, as famílias, aos poucos pareciam alcançar certa resignação, que pode ser resumida à expressão “ter-que-aceitar” o CCIP. Este “ter-que-aceitar” vinha acompanhado pela disposição do “é preciso ter fé”, ou seja, todas as famílias, para enfrentar a situação inexorável, apoiaram-se na espiritualidade. Esta predisposição parecia servir de consolo diante do imponderável. Estes sentimentos também são referidos por outros estudos que buscam compreender os conflitos que as pessoas enfrentam diante de situações terrivelmente complexas como essa. Tais estudos mostram que, muitas vezes, em momentos de fragilidade, tristeza e angústia geradas pela necessidade de submeter-se a procedimentos dolorosos ou mesmo invasivos, há busca pelo poder divino, com o intuito de manter viva a esperança (FROTA et al., 2007). Autores como Lamy, Gomes e Carvalho (1997) afirmam ainda que as famílias de recém-nascidos internados em UTIN buscam a religiosidade como fonte de consolo.

Tulipa voltou-se para o bebê e, colocando sua mão novamente na sua cabeça, disse: *“se Deus quiser você vai ficar bem, meu filho... Deus é Pai e está cuidando de você”* (DV com Tulipa – F5).

“[...] ele vai ficar bom. Vamos ter fé que Deus vai ajudar ele a sair dessa!” (DV com Gérbera – F4).

“Se Deus quiser vai dar certo, meu lindo... as tias aqui vão conseguir passar o cateter e você vai ficar bom logo e vamos para casa...” (DV com Rosa – F2).

“O Alecrim é um pouco nervoso, mas já pedi calma para ele... agora vamos só pensar no Girassol, ele está vivo e Deus vai nos ajudar a superar tudo isso” (DV com Tulipa – F5).

Neste momento é perceptível que a família se sustenta na fé e na esperança, como um lenitivo diante de tanto sofrimento. A religiosidade sustenta a crença de que o procedimento dará certo; terá sucesso. Para as famílias, crer em Deus também significa ter possibilidades, acreditar num *vir-a-ser* do bebê e *com-o-bebê*, transformando medos em esperanças.

A fé em Deus é um sentimento arraigado na nossa cultura e, como se evidencia nos depoimentos das famílias, é tão necessária quanto outras estratégias de enfrentamento. A necessidade de obter forças externas, como o apego à religiosidade, para superar a situação de angústia e sofrimento, permite às famílias sentirem-se acolhidas pela proteção de um ser superior que as acompanham e as auxiliam no enfrentamento de mais este obstáculo (MARQUES; FERRAZ, 2004). Os relatos são reveladores que as famílias não se rendem, ao contrário, lutam com determinação. Apoiadas na fé, na profunda ligação que estabelecem com Deus, encaram as dificuldades. Tomadas de esperança, não se permitem desanimar; vão em frente, colocando o destino nas mãos de Deus.

Em um dos diálogos vividos ficou evidente, principalmente na família 4, que o procedimento do CCIP era uma necessidade emergente para o neonato, devido, principalmente, às inúmeras tentativas de venopunções que o mesmo já sofrera para continuar a terapêutica proposta. Esta família presenciou a maioria das vezes que seu bebê perdeu os acessos venosos periféricos e seus sentimentos em relação ao bebê eram de piedade, compaixão por vê-lo sofrer tanto.

“Ele está ruim de veia?... essas picadas aí no braço foram para pegar a veia dele?” Respondi que sim e percebi que Gérbera estava um pouco tensa, mexendo as mãos constantemente. *“Coitadinho do meu anjinho. Fé em Deus querido! Vai dar tudo certo!”* (DV com Gérbera – F4)

Durante os encontros especiais com cada família, onde explicava detalhadamente no que consistia o procedimento do CCIP a ser realizado nos recém-nascidos, muitos questionamentos surgiram. Por se tratar de um procedimento invasivo e complexo, muitas perguntas foram feitas para tentarem ter uma melhor compreensão do que era o procedimento e quais os benefícios e riscos que a criança estava correndo.

À medida que explicava sobre os passos do procedimento do CCIP, Rosa me olhava atentamente, demonstrando preocupação, franzia a testa, arregalava os olhos e em alguns momentos seus olhos se enchiam de lágrimas (DV com Rosa – F2).

Durante nosso diálogo observei que Violeta era uma pessoa com pouca instrução e para que ela compreendesse melhor o procedimento, mostrei desenhos ilustrativos sobre o CCIP e umas fotos que estavam no

computador. Ao passar por uma das fotos, que mostrava uma imagem do Raio-X, com a localização da ponta do cateter, Violeta falou com bastante aflição na voz: *“esse cateter vai ficar dentro do coração?”* (DV com Violeta – F3).

Convidei-a para ir até a sala de reuniões e lá dei continuidade à conversa que havia começado pela manhã. Então disse: *“Rosa, a senhora lembra o que estávamos conversando sobre a necessidade de passar outro cateter no seu bebê para continuarmos o tratamento?”* Ela fez sinal positivo com a cabeça e disse: *“lembro. Você falou que o cateter do umbigo tinha que ser retirado.”* Então completei: *“vamos passar um cateter que vai até perto do coração do bebê e será realizado através de uma punção de uma veia periférica.”* Ela ficou me olhando assustada e então me perguntou: *“Esse procedimento tem algum risco?”* [...] mesmo depois de demonstrar o material ilustrativo sobre o procedimento, ela ainda tinha dúvidas: *“você vai cortar a pele para colocar o cateter?”* (DV com Rosa – F2).

Alecrim me olhou espantado e perguntou: *“tem algum risco para o bebê?”* (DV com Alecrim – F5).

Então, percebendo que ela estava assustada sobre o que eu falava sobre a necessidade de instalação do CCIP, convidei-a para ir até a sala de reuniões e lá, detalhadamente falei como seria o procedimento. Violeta então perguntou: *“isso que vocês vão fazer dói muito?”* (DV com Violeta – F3)

Ao passar pela imagem com o cateter inserido na veia jugular, Alecrim perguntou: *“o material deste cateter é molinho? Não machuca o bebê?”* [...] Ao passar por outra foto onde foi introduzido o CCIP em MMII, Alecrim perguntou: *“como você sabe que o cateter ficou lá perto do coração? Não tem perigo de ele dobrar e ir para um caminho errado?”* (DV Alecrim – F5)

Ao mostrar uma imagem, onde a punção da veia foi realizada no braço, Tulipa perguntou: *“vocês pegam a veia só do braço?”* [...] Tulipa falou: *“mas é melhor passar o cateter no braço do que na perna, né? [...] já que este cateter vai ficar perto do coração, você vai colocar cateter no braço do mesmo lado do coração?”* (DV com Tulipa – F5).

Algumas famílias fantasiavam muito a respeito do CCIP, tanto pelo desconhecimento sobre como seria o procedimento, como também pelas experiências pregressas que tiveram de alguém próximo ou mesmo de um membro da família em relação a procedimentos semelhantes realizados, fazendo associações fortuitas, o que influenciava positiva ou negativamente na maneira como encaravam o “ter-que-aceitar” o procedimento.

[...] quando comecei a falar do que se tratava o CCIP, que era um procedimento rotineiro realizado nos bebês que precisam de terapia intravenosa prolongada, e que, no caso de Girassol, por caso do quadro clínico, iria necessitar de acesso venoso por mais tempo, para a realização do tratamento, a visitante me interrompeu e falou: *“eu já vi fazerem isso no meu sobrinho... quando ele nasceu, depois de um tempo ele já não tinha mais veia e um médico fez um corte no braço e passou um cateter”* [...]. Para tentar mudar o assunto, falei a eles sobre o procedimento do CCIP que seria realizado no Girassol. Camélia então perguntou: *“este procedimento não vai prejudicar o bebê? Será que precisa mesmo?”* (DV com Camélia, amiga de Alecrim e Tulipa – F5).

Ficou evidente nos diálogos o quanto as famílias demonstraram seus temores e dúvidas acerca do procedimento do CCIP. As dúvidas estavam relacionadas principalmente com a técnica do procedimento, com o posicionamento do cateter, o local onde iria ser puncionada a veia, o tipo de material utilizado, se a pele do bebê seria cortada para passar o cateter, dentre outras.

O simbolismo que o CCIP ou mesmo outros tipos de procedimentos invasivos realizados nos recém-nascidos dentro da UTIN possam vir a representar para as famílias, levam a diferentes pensamentos e sentimentos, bem como pela concretude que são presenciados nos diálogos vividos. Tronchin e Tsunechiro (2006) enfatizam que os símbolos são realidades físicas ou sensoriais que os indivíduos utilizam e atribuem-lhes valores ou significados específicos e representam ou implicam algo concreto ou abstrato.

Mesmo entendendo a importância e a necessidade do CCIP para dar continuidade à terapêutica do recém-nascido, era uma realidade dura que elas teriam que enfrentar e aceitar, visando à recuperação e o *bem-estar* da criança. Segundo Paterson e Zderad (1979, tradução nossa, p. 20), “[...] só cada homem pode descrever ou escolher o desenvolvimento do projeto representado por ele mesmo em sua situação”.

5.1.3 “Devo ou não devo?” A reação da família frente ao convite para participar do procedimento

Mesmo considerando importante a presença de um familiar durante o procedimento de instalação do CCIP, as famílias tiveram reações diferentes frente ao convite feito pela enfermeira. A opção de escolha, ou seja, a autonomia para participar ou não do procedimento, ao contrário do que se poderia esperar, ocasionou, inicialmente, surpresa, e logo a seguir, reações distintas, que variaram desde a aceitação plena e o desejo genuíno de acompanhar de perto o recém-nascido, até manifestações de indecisão, que se arrastaram por alguns dias, como no caso em que o CCIP não foi instalado de imediato. As que ficaram indecisas atribuíram a resposta titubeante à falta de coragem, ao medo de não poder ajudar e vir a atrapalhar, ou ainda, por achar que sentiriam “pena” da criança.

Depois de algum tempo de aproximação, Rosa já parecia mais confiante nas ações que eu estava realizando com o recém-nascido. Aparentava estar mais tranquila. Aproveitei para perguntar novamente se gostaria de participar. Respondeu afirmativamente, mas, quase em ato contínuo, fez um gesto negativo com a cabeça, argumentando: *“não tenho coragem de ver, tenho pena e sei que vou acabar atrapalhando...”*. Ofereci algumas fotos para que olhasse com cuidado, na tentativa de fornecer bases reais de entendimento de todo o processo, ao mesmo tempo em que dava explicação sobre cada imagem. Rosa olhava as fotos, inicialmente mostrando-se apreensiva e assustada. No entanto, aos poucos, e segurando na minha mão, foi relaxando. Contudo, mesmo diante de meu reforço, dizendo que estava à sua disposição, ou de outra pessoa por ela indicada, mas que a decisão era da família e não da equipe para a participação, verbalizou: *“eu sei que posso participar, mas não quero ficar... tenho muita pena dele, vou ficar nervosa e só vou atrapalhar [...] sou muito fraca e não vou ter coragem de ficar vendo... sei que é o melhor para ele, mas tenho muita pena dele. Todos da família têm”* (DV com Rosa – F2).

Algumas famílias reagem com fuga a essa situação, fato que reflete insegurança diante da vivência. Segundo Paterson e Zderad (1979, p.97), “a enfermeira, mesmo se colocando como presença autêntica para apoiar o outro na luta pela sua liberdade, precisa

compreender que os outros têm que decidir responsabilmente [...]. Estão sós para decidir.” Assim, as famílias, aceitando ou não tomar parte da intervenção, estavam tomando uma decisão consciente e responsável como forma de utilizar o seu potencial humano para *vir a ser*.

As que manifestaram interesse, vontade e disposição para participar do procedimento de inserção do CCIP, mesmo não sabendo de antemão como iriam reagir quando chegasse à hora, colocaram-se no papel de aprendizes, pois, para elas, o mais importante era ter conhecimento/informação real sobre os cuidados que a equipe estava tendo com o bebê, e vivenciar com plenitude tudo que estava acontecendo com ele, ainda que vislumbrando sofrimentos e preocupações adicionais sobre sua condição de saúde.

Depois da surpresa diante do convite para participar do procedimento, disse à Violeta que pensasse com calma, ponderasse, conversasse com o companheiro, e então, desse a resposta a qualquer momento. Assegurei que era apenas um convite; portanto, sujeito a uma resposta positiva ou negativa. A decisão era da família. No dia seguinte, encontro com Violeta na porta de entrada da UTIN, e a mesma refere: *“Márcia, que bom que te encontrei. Quando vai ser o cateter? Vou participar sim; vai ser bom; assim posso ver como é esse procedimento”* (DV com Violeta – F3).

Enquanto eu explicava sobre as vantagens e os benefícios do procedimento, todos ficaram ouvindo atentamente e, antes de terminar, Alecrins perguntou: *“será que eu posso ficar junto e ver como se faz esse procedimento? [...] se posso ver como é o procedimento, eu quero assistir sim... quero saber tudo que se passa com o nosso filho”* (DV com Alecrim – F5).

Ao terminar aquela manhã de trabalho, voltei a conversar com Margarida, relatando que teríamos que realizar o procedimento do CCIP logo, devido à necessidade de manter a terapêutica. Margarida disse: *“que pena, se eu não tivesse que ir para casa agora, eu iria ver isso [...]”*. Observei que havia interesse sincero em acompanhar o procedimento, mas estava ansiosa para ir para casa. Em seguida, a funcionária do setor entrou no quarto e disse à Margarida que seu esposo estava esperando na portaria para levá-la para casa (DV com Margarida – F1).

Neste último relato fica evidente que a mãe do recém-nascido

demonstrou interesse em participar, entretanto, questões particulares, fora do ambiente hospitalar, foram decisivas para que ela optasse por não estar presente. Por mais que demonstrasse interesse e mesmo curiosidade sobre o procedimento do CCIP a ser realizado em seu bebê, o *estar melhor* para ela, naquela situação vivenciada, estava direcionada para outro foco. Para Paterson e Zderad (1979), o ser humano mediante as escolhas responsáveis possui potencial para *tornar-se* mais ou para *estar melhor*.

As famílias que demonstraram vontade de participar, mesmo que aceitando o convite com certa apreensão, assim que decidiram, passaram a me procurar para conversar sobre as características do procedimento, a posição que deveria adotar durante a intervenção e o desenrolar de suas etapas. Queriam saber sobre os benefícios, os riscos, as vantagens e desvantagens que este dispositivo poderia trazer durante o tratamento terapêutico e para o *bem-estar* e *estar-melhor* da criança. Apesar do sofrimento que enfrentariam (elas e os bebês), essas famílias tentavam buscar o equilíbrio para superar a situação vivenciada e também uma maior aproximação com sua criança. De minha parte, como enfermeira, todas as informações foram fornecidas. Expliquei cada passo, cada reação esperada, os riscos a serem enfrentados, o modo como os acompanhantes poderiam participar, a total possibilidade de mudar de opinião, em qualquer etapa do processo, e então, ausentar-se, sem que isso implicasse em qualquer tipo de julgamento e/ou coerção, enfim, estive atenta e presente, procurando acompanhar os chamados e respostas. Porém, ainda assim, algumas vezes, percebi ambivalência de sentimentos, pois mesmo após terem recebido todas as informações preliminares e terem reforçada a importância da presença junto ao bebê, durante essa nova experiência, alguns participantes, a exemplo de Gérbera, ficaram na dúvida se queriam ou não acompanhar o momento da instalação do cateter.

Gérbera manifestou vontade de participar e referiu: “*se eu posso participar, então é claro que eu quero. É que eu pensei que não pudesse, que era proibido... eu quero sim... mas se por acaso, durante o procedimento, eu não me sentir bem, posso sair?*” [...] Perguntei novamente de sua disposição para acompanhar o procedimento e ela respondeu: “*será que eu fico?... pelo jeito é bem difícil de pegar a veia nele, né?*” Falei a ela que Amor-Perfeito tinha veias, mas que pareciam ser frágeis. Contudo, teríamos que tentar passar o cateter para continuar o tratamento e também para não expô-lo novamente a tantas punções

periféricas. Ela, já mais calma, falou: “*eu vou ficar, mas se eu não aguentar ficar vendo vocês tentando pegar a veia dele, eu vou sair e esperar lá fora*” (DV com Gérbera – F4).

A Resolução nº 41/95 do Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) que trata dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, assegura o direito a que os pais ou responsáveis participem ativamente do diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetida (BRASIL, 1995). Portanto, mais do que uma benesse, é fundamental ressaltar que esse é um direito das famílias e, nas palavras de Guareschi (1997), inclusive, quando as famílias estão devidamente informadas sobre os procedimentos realizados com seus bebês durante o processo de hospitalização, fazem mais perguntas, interagem mais com o recém-nato e equipe e têm mais capacidade para superar essa experiência.

Sentir necessidade de saber o que acontece com a criança é uma maneira de as famílias se sentirem mais próximos a ela, compartilhando e vivenciando este momento especial na sua vida. Isto se caracteriza como um dos poucos recursos disponíveis para compreender um pouco do mundo da UTIN e o que acontece dentro dela. Com tal atitude pode-se minimizar, de alguma forma, o medo do desconhecido, fortalecendo a esperança na recuperação do recém-nascido (MELO, 2006). Apesar de todas essas justificativas, é relevante repetir a expressão de Gérbera, ao ser convidada para acompanhar o procedimento: “*eu pensei que não pudesse, que era proibido*”. Isso nos faz retornar à reflexão a respeito do biopoder, da existência de uma vertente de autoritarismo fortemente centrada no modelo hospitalocêntrico, em que a equipe é detentora das decisões, cabendo às famílias, muitas vezes, a subserviência e a concordância com o que é decidido.

Para as famílias, enfrentar esta nova vivência coloca em jogo suas emoções e sentimentos, que se confrontam com seu EU interior, com suas crenças. Além disso, neste turbilhão experiencial, ainda têm que dar continuidade ao seu ser-no-mundo, tentando conciliar o que sente com o que pensa e com as escolhas que tem de fazer para *vir-a-ser* mais. Para Paterson e Zderad (1979), o homem é produto de suas decisões, cada indivíduo é único, tem suas próprias particularidades, seus próprios potenciais e limitações. As escolhas levam os homens a determinados caminhos e isto é o que dá significado à vida.

Tanto as reações de fuga ou de participação das famílias são influenciadas por seu senso de segurança e competência, que são

afetados, por sua vez, pelas atitudes da equipe. Quando a família consegue estabelecer uma relação de envolvimento com os profissionais, tem mais facilidade de reagir com participação na terapêutica, contribuindo para o cuidado e a recuperação da criança (FERRO; AMORIM, 2007).

5.2 É PRECISO ESTAR POR PERTO, SEJA DO JEITO QUE FOR

5.2.1 “E agora que chegou a hora?” A decisão das famílias frente à oportunidade de participar da inserção do CCIP

Após as famílias aceitarem participar do estudo, chegou o momento propriamente dito da instalação do CCIP. Percebi que, diante da oportunidade que as mesmas tiveram para estarem próximas do recém-nascido neste momento delicado, no qual se submeteria ao um procedimento complexo e necessário para sua terapêutica, algumas delas estavam não apenas ansiosas, mas também curiosas para saber o que iria acontecer, pois, afinal, era algo novo que estavam vivenciando, e isso gerava expectativa.

A puérpera concordou em participar e salientou ainda: *“se esse procedimento pode ajudar a recuperar o meu bebê, participo sim. Quero ajudar, estar por perto”* (DV com Margarida – F1).

O querer estar por perto do recém-nascido neste momento especial está relacionado à afetividade familiar, uma vez que a criança é vista como um ser frágil, indefeso e dependente. Ao ter a oportunidade de assistir de perto a instalação do cateter, algumas famílias mostraram estar mais seguras, pois tinham oportunidade de acompanhar diretamente o que estava sendo feito pelas enfermeiras. Esta oportunidade, contudo, a meu ver, em nenhuma das vivências com essas famílias, tinha qualquer sentido de fiscalização do procedimento, e nem mesmo qualquer resquício de vigiar as atitudes profissionais, e sim, estava absolutamente direcionada ao bem-estar e “estar melhor” da criança, na intenção de conhecê-la melhor e, simplesmente, estar ao seu lado para o que “desse e viesse”. Mesmo sabendo previamente que seria um procedimento invasivo e até mesmo doloroso para o pequeno bebê,

algumas delas desejaram intensamente “estar ali” e presenciar tudo, “do jeito que for”.

Violeta entrou na unidade e, quando me viu, veio correndo em minha direção, sem olhar para os lados: “*vai começar agora?*” Respondi que sim e sugeri a ela que primeiro ordenhasse o leite, enquanto preparávamos o bebê para o procedimento. Ansiosa, dirigiu-se à sala de amamentação, sem perguntar onde poderia fazer a ordenha (DV com Violeta – F3).

Enquanto a luva estava sendo preparada, solicitei à funcionária que estava prestando cuidados a Girassol que colocasse um banco próximo à incubadora e que também chamasse o Alecrim, que estava na sala de reuniões, para participar do evento. Ele se aproximou um tanto receoso, olhando para tudo o que estava em volta do bebê. Convidei-o para ficar próximo à incubadora, e ele, olhando fixamente para os materiais que estavam sendo preparados na mesa auxiliar, perguntou: “*vai passar o cateter agora?*” Respondi que estávamos primeiro preparando o bebê e que logo iria começar. Olhei para ele e percebi que estava preocupado, com os olhos arregalados e sério. Perguntei se estava tudo bem e ele respondeu: “*estou bem sim, só estou um pouco ansioso para ver o que vai acontecer.*” Procurei acalmá-lo, explicando calmamente cada passo do que iria fazer, com a intenção de minimizar sua tensão (DV com Alecrim e Girassol – F5).

Depois de uns 10 minutos, Gérbera retornou à UTI e então solicitei a uma funcionária que a acomodasse em um banco ao lado da incubadora de Amor-Perfeito. Perguntei a ela se estava tudo bem e ela, num tom de brincadeira, mas visivelmente ansiosa, respondeu: “*estou melhor sim e acho que vou ter coragem para ficar até terminar o procedimento*” (DV com Gérbera – F4).

Stefanelli e Carvalho (2005) salientam que, na comunicação verbal, as mensagens transmitidas devem ser claras e simples, para que haja uma boa comunicação entre os sujeitos e, desta forma, para que seja possível compartilhar informações. Através do comportamento, dos gestos, das expressões corporais, é possível perceber o que as famílias estão vivenciando naquele momento. De acordo com Paterson e Zderad (1979), nem sempre é possível captar, somente por palavras, o que está sendo vivido no cuidado. As teóricas enfatizam que através do questionamento e da reflexão da prática vivida pelos seres humanos é

que é possível compreender a vida como um fenômeno existencial, inter-humano e subjetivo. Mesmo sabendo previamente que a instalação do CCIP seria um processo emocionalmente doloroso, tanto para elas, as famílias, quanto para seus bebês, esta nova experiência possibilitou maior aproximação, fortalecendo seus potenciais para vir a ser mais no mundo junto com suas crianças. Isso me faz confirmar a crença que tenho de que a enfermagem, além de ser uma ciência, é uma arte, pois possibilita a utilização de uma teoria no contexto do que é vivido “em carne e osso”, ali, no exato momento da ligação enfermeira-cliente; o ser que precisa de ajuda. Esta é a verdadeira oportunidade para que o ser humano desenvolva suas potencialidades e venha a tornar-se mais e melhor (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Mesmo com a liberdade e a oportunidade de estar perto do recém-nato na hora da instalação, percebi que outras famílias inicialmente aceitaram, mas tiveram receio e não quiseram presenciar o procedimento. Essas permaneceram num limiar de indecisão, lutando ininterruptamente com seus medos, receios, ansiedades e dúvidas insolúveis. Assim que foram chamadas para tomarem parte da situação, nem disseram que não e nem disseram que sim... pareciam um pouco atônitas com o definitivo chamado, sendo que a resposta dada (e aceita por mim) foi a de permanecer “à espreita”, “com-um-olho-no-padre-e-outro-na-missa”, como referiu uma técnica de enfermagem. Ficavam na soleira da UTIN; portanto, nem dentro, nem fora, como refere Monticelli (1997), mas em uma posição liminar, que é própria do enfrentamento de situações de vida difíceis e perigosas do ponto de vista existencial. Assim, ao mesmo tempo em que nada viam, também estavam tendo notícias da criança em tempo rela e sem intermediários.

Não estavam presentes fisicamente, mas eram presença, com seus pensamentos e suas emoções convergindo para o local, para a incubadora onde seu recém-nascido se encontrava e estava prestes a passar pelo procedimento do CCIP. É compreensível perceber que as famílias estavam fragilizadas e sofrendo com tudo que estava acontecendo e a opção de ficar do lado de fora, pelas redondezas e acompanhando com olhares atentos tudo que se passava dentro do cenário da UTIN era a melhor opção para elas naquele momento, já que não se sentiam capazes ou “corajosos” o suficiente para vivenciarem essa situação:

[...] depois de termos conversado por quase uma hora, perguntei: “*você quer ficar hoje e acompanhar o procedimento?*” Ela me olhou

espantada e logo respondeu: “*não, prefiro ficar no quarto e ficar rezando para dar tudo certo... sou muita fraca e não vou ter coragem de ficar vendo... sei que é o melhor para ele, mas tenho muita pena dele*” (DV com Tulipa – F5).

[...] depois de argumentar bastante, prometi à Tulipa que assim que terminasse eu iria até o quarto para falar como transcorreu o procedimento, caso ela não retornasse à UTI. Ela, retirando o avental, falou: “*então eu vou tomar café e descansar um pouco. Depois dou uma passada por aqui para ver se você já terminou o procedimento*” (DV com Tulipa – F5).

Estava finalizando o curativo quando uma funcionária veio falar que Tulipa estava na entrada da unidade e perguntou se já tínhamos passado o cateter. Respondi que sim e solicitei à funcionária que pedisse para a mãe entrar. Tulipa se aproximou em passos lentos e com uma expressão séria, perguntou: “*deu certo? O cateter foi passado?*” (DV com Tulipa – F5).

Já finalizando procedimento do CCIP na região cefálica de Lírio, percebi, através da vidraça, que Rosa estava parada na entrada da unidade. Olhei para ela e fiz um sinal para que entrasse. Ao se aproximar, percebi que estava com um olhar apreensivo e uma face de preocupação. Antes mesmo que perguntasse qualquer coisa, exclamou: “*terminou o procedimento?... como está meu menino?*” (DV com Rosa – F2).

O procedimento de instalação do CCIP precisava ser realizado não só para dar continuidade da terapêutica proposta como também poupar o recém-nascido dos consecutivos estímulos dolorosos provocados pelas punções periféricas. Por mais que fossem angustiantes para as famílias, elas acreditavam que o melhor estava sendo feito pela criança e o dispositivo instalado contribuiria para minimizar o sofrimento, favorecer a melhora clínica e antecipar sua alta hospitalar, ou seja, significava ir para casa o mais brevemente possível. Pinto et al. (2001) relatam também em seu estudo com famílias que vivenciavam situações complexas com suas crianças dentro do ambiente hospitalar, que as mesmas demonstravam percorrer um longo caminho de dor e sofrimento para elaborarem a situação, na busca do equilíbrio, e que muitas delas compreendiam e estavam dispostas a fazer o que fosse necessário para ajudar a criança durante os procedimentos invasivos

dentro da instituição.

O procedimento do CCIP não é apenas um cuidado específico da enfermagem para a recuperação da saúde do recém-nascido, mas é também, neste contexto, um fenômeno vivenciado pelas famílias durante seu período de hospitalização. Paterson e Zderad (1979) consideram que os atos de enfermagem são próprios do mundo do cuidado, através de experiências vividas, ou seja, todas as situações vivenciadas pelas famílias durante o processo do CCIP são significativas, por isso fazem parte do cuidado humanístico da enfermagem.

Para entender a participação da família no processo de cuidado é imprescindível vê-la do seu próprio ângulo, entender suas angústias, suas limitações, seus anseios. Elsen, Marcon, e Silva (2004), sabiamente, expressam que se não se compreender este processo vivenciado pela família, dificilmente a enfermagem saberá cuidá-la.

5.2.2 A família fazendo parte do procedimento

Para a família que não espera ver o recém-nascido internado em uma UITN e ainda desconhece os riscos e os benefícios do tratamento, presenciar um procedimento do tipo do CCIP, pela primeira vez, é preocupante e angustiante. Muitas foram as tensões vivenciadas pelas famílias durante a etapa da instalação propriamente dita e foram exteriorizadas desde a preparação do recém-nascido, até o período imediatamente posterior à instalação, quando seu quadro clínico ainda é instável e requer cuidados intensivos. Uma das maneiras de diminuir esta ansiedade, que fui percebendo no decorrer dos diálogos, era explicar para as famílias cada etapa da instalação, desde o preparo do bebê, com analgesia necessária, a escolha da veia a ser puncionada, o cateter a ser inserido e os materiais a serem utilizados. Percebi que era uma maneira de proporcionar-lhes maior segurança e tranquilidade.

Um momento delicado e especial foi vivenciado por Alecrim, que desejava muito estar com seu filho no momento da instalação do CCIP. Entretanto, o bebê teve complicações respiratórias, causando preocupação para a família, que estava disposta e muito interessada para participar da instalação do CCIP em seu filho. Conversei com Alecrim sobre a situação vivida, explicando o que havia ocorrido e que, devido à instabilidade clínica do seu bebê, o procedimento tivera que ser

suspenso.

Girassol foi sedado e, logo em seguida, percebi que ele começou a apresentar desconforto respiratório, ficou pálido, e sua saturação de oxigênio começou a diminuir. Instalei o oxigênio em sua face e a pediatra logo solicitou um antagonista do sedativo para acordá-lo. Alecrim, que estava sentado num banco ao lado, por sua própria escolha, levantou-se imediatamente e interrogou: *“o que aconteceu com ele?...”* Fiz sinal com os olhos e pedi para que ficasse ao meu lado se quisesse ao mesmo tempo em que lhe dizia que, provavelmente, teríamos que suspender o procedimento, já que Girassol tinha apresentado uma das reações que eu havia explicado a ele, no dia anterior. Alecrim permaneceu quase colado a mim, ao mesmo tempo em que dizia baixinho: *“se temos que parar, vamos parar, ele é forte. Vai aguentar”*. Enquanto isso, a pediatra avaliava o recém-nascido, que estava com perfusão periférica lenta e teve que receber expensor de volume. Também estava com quadro respiratório instável. Decidimos, então, suspender o procedimento, mantendo o bebê com Milrinone® no cateter umbilical. Alecrim acompanhava toda a situação. Falei calmamente: *“Alecrim, você viu que seu bebê não ficou bem depois da sedação e vamos ter que adiar o procedimento do CCIP.”* Ele franziu a testa, abriu bem os olhos e perguntou, com tom de voz de preocupação: *“mas tem algum problema se não passar o cateter hoje?”* Respondi: *“não, vamos puncionar uma veia na mão dele e colocar as soluções separadas... o importante agora é melhorar a respiração e deixá-lo mais estável e, aí sim, podemos fazer o procedimento do CCIP com segurança.”* Alecrim então falou: *“você tem razão!”* (DV com Alecrim e Girassol – F5).

Percebi que as famílias que presenciaram a instalação do cateter estavam atentas o tempo todo, acompanhando cada movimento realizado pelas enfermeiras, desde o princípio, até a finalização da técnica. Contudo, pude verificar que o momento crucial, que despertou maior atenção de todas, foi a hora de puncionar a veia do bebê com o introdutor por onde o cateter seria inserido.

Percebi que Gérbera olhava atentamente cada movimento que fazíamos na preparação do bebê na incubadora. Então, antes de me paramentar, expliquei novamente cada etapa do procedimento. Falei também que Amor-Perfeito tinha recebido um analgésico para evitar estímulo doloroso durante a instalação do cateter. Em seguida me paramentei e iniciei o procedimento, juntamente com uma colega enfermeira.

Enquanto fazia a assepsia do braço a ser puncionado, fui relatando a Gérbera o que estava fazendo. Ela acompanhava tudo em silêncio e seus olhos acompanhavam cada movimento que fazíamos. [...] Após a colocação dos campos cirúrgicos e com o braço do bebê já aquecido, visualizei as possíveis veias a serem puncionadas. Na primeira tentativa de punção venosa, Gérbera parecia um pouco nervosa, seus olhos estavam arregalados e com a testa franzida. Comentei com ela que a veia estava com problemas e que iria tentar outra. Então, após garrotear o braço novamente e inserir o introdutor, percebi que Gérbera havia se levantado do banco e estava em pé, ao lado da incubadora. [...] Quando o sangue refluíu, a colega enfermeira conseguiu introduzir o cateter com facilidade. Olhei para Gérbera e tive a sensação que ela nem conseguia respirar, enquanto acompanhava atentamente a inserção de cada centímetro do cateter. Após quebrar o introdutor, deixando apenas o cateter, olhei para ela e, antes de falar que tínhamos obtido sucesso, Gérbera, olhando séria para mim, perguntou, quase afirmando: “*deu certo?! conseguiram passar o cateter?!!*” (DV com Gérbera e Amor-Perfeito – F4).

Dar oportunidade para a família participar durante um cuidado especializado traduz-se pelo estar presente. A presença é vista como estar ali, junto, ao lado do recém-nato, caracterizando a própria presença como um ato de cuidado. É uma forma de minimizar todo estresse inevitável que o procedimento do CCIP causa.

Violeta permaneceu sentada num banco ao lado da incubadora, enquanto eu posicionava o bebê, checando sua monitorização, antes de iniciar a paramentação. A enfermeira do plantão já estava se paramentando e organizando a mesa auxiliar com a bandeja especial para iniciar os primeiros passos do procedimento. Violeta olhava tudo atentamente, parecendo um pouco ansiosa com o que presenciava. Em alguns momentos sua testa franzia ao observar os movimentos que fazíamos, desde a preparação com o material, na mesa auxiliar, até a antisepsia do braço direito do bebê. Perguntei: “*Violeta, está tudo bem?*” Ela disse: “*sim... estou vendo o que vocês estão fazendo... quanta coisa, né?*” (DV com Violeta e Orquídea – F3).

Enquanto eu fazia a compressa morna no MSE para visualizar a veia para passar o cateter, Alecrim acomodou-se ao lado da incubadora. Conversei com ele: “*seu bebê está choroso e um pouco agitado e então*

vamos dar uma sedação leve para ele se acalmar. Queres ficar aqui pertinho dele? Cuidar dele?...” Alecrim aproximou-se e não titubeou em perguntar: *“o que você está fazendo aí no braço dele?”* (DV com Alecrim e Girassol – F5).

Enquanto a enfermeira fazia a antissepsia do braço do bebê, solicitei que Violeta se aproximasse da mesa auxiliar para mostrar o material e então lhe disse: *“esse aqui é um introdutor... com ele eu vou puncionar a veia do bebe.”* Antes de eu continuar, Violeta falou: *“com isso aí vocês pegam a veia?... não é muito grande?”* (DV com Violeta e Orquídea – F3).

[...] realizei a punção da veia e à medida que o cateter ia sendo inserido, Violeta demonstrava semblante de preocupação. Seus olhos estavam centrados no campo cirúrgico, de onde aparecia o braço onde a veia foi puncionada e em alguns momentos seus olhos desviavam para nós. Alguns minutos depois, quando inserimos o cateter, falei: *“veja Violeta, o cateter já foi colocado... agora vamos quebrar o introdutor ao meio e deixar somente o cateter.”* Ela falou espantada e disse: *“que interessante! ... Vocês quebram a agulha e só fica o cateter! É mesmo, você tinha me dito isso antes”* (DV com Violeta e Orquídea – F3).

Ficou evidente que cada família demonstrou suas preocupações em relação ao CCIP de acordo com suas vivências e aquilo que presenciou durante o procedimento. A família 2 ficou muito triste e preocupada por saber que o cateter, apesar de ter sido instalado, não se encontrava em localização central, gerando ainda mais medo que a criança pudesse vir a complicar por causa do posicionamento incorreto do cateter, ou mesmo o risco da criança ficar sem acesso venoso central, o que culminaria em interrupção no seu tratamento.

Fui então ao seu quarto e, chegando lá, vi que Rosa estava acompanhada de sua mãe e sua filha pequena. Assim que entrei, Rosa me olhou e perguntou: *“conseguiram passar o cateter?”* Respondi: *“conseguimos puncionar a veia e colocar o cateter, mas depois do Raio-X vimos que o cateter não ficou bem localizado...”* e antes de terminar ela falou: *“e agora?”* Continuei falando: *“tivemos dificuldades para progredir o cateter... mas vamos manter esse cateter para manter a sedação do seu bebê e também vamos manter o cateter do umbigo até amanhã.”* Sua expressão facial mudou e ela começou a chorar e disse: *“mas não tem perigo de deixar esse cateter na cabeça?”* Respondi que tinha o risco de

infiltração e por isso iríamos manter no cateter apenas a sedação que tinha fluxo menor. “*E se perder esse cateter, vai ficar sem veia?*” (DV com Rosa – F2).

Dar oportunidade às famílias para decidirem se querem ou não participar de um cuidado especializado como é a instalação do CCIP no recém-nascido, fornecendo informações acerca de tudo que envolve este processo, é uma forma de diálogo fenomenológico e de exercício da enfermagem humanística. Através desse encontro vivo, autêntico, é que as famílias experienciam algo novo, possibilitando que os cuidados de enfermagem sejam direcionados a partir das necessidades singulares de cada família. Essas necessidades de cuidado só serão identificadas a partir do momento em que a subjetividade seja expressa através do reconhecimento de cada ser humano na sua essência e também do estabelecimento da relação intersubjetiva, pois de acordo com Paterson e Zderad (1979; 1988), é através da relação sujeito-sujeito (Eu-Tu) que é possível conhecer a pessoa em sua individualidade singular.

Possibilitar à família vivenciar ou não esta nova experiência não é apenas minimizar as dúvidas e os temores em relação ao dispositivo inserido na criança, mas também desenvolver um potencial para vir-a-ser-mais, colaborando e somando esforços com a enfermagem, no processo de cuidado de manutenção do CCIP durante a terapêutica proposta.

Vivenciar esta experiência e o estar-com a criança no momento do procedimento foi uma forma de confirmar o que havia sido exposto previamente por mim, nos inúmeros encontros que tive com cada uma delas, a fim de esclarecer as dúvidas sobre a instalação que seria feita. Para as famílias, a compreensão do que lhes foi falado anteriormente, possibilitou maior confiança na enfermeira, como também na credibilidade de que tudo estava sendo feito em prol da criança, mesmo que a técnica em si, transcorresse com alguns percalços, que são próprios da especificidade do procedimento.

O entendimento de estar ali e estar-com a criança é importante para família como forma de minimizar a sua angústia diante do desconhecido, passando a compreender e desmistificar sobre o procedimento do CCIP, antes, durante e imediatamente após a instalação.

Olhando para Violeta, perguntei: “*deu para entender?*” Ela, fazendo um sinal positivo com a cabeça, respondeu: “*entendi, sim... eu achava que a agulha ficava no bracinho dela também... agora, olhando assim, dá*

para entender melhor” (DV com Violeta – F3).

Após alguns minutos, o funcionário do RX retornou e verificamos na imagem radiológica que o cateter estava muito introduzido, sendo necessário tracioná-lo 4 cm para que a ponta do mesmo ficasse em veia cava superior (VCS). Então, Violeta, observando o que comentávamos sobre o posicionamento do cateter, indagou apreensiva: “*deu certo?*” Respondi: “*sim, só vamos puxar um pouco o cateter para ficar em melhor posição... lembra do que eu falei hoje pela manhã, que a ponta do cateter tem que ficar próximo do coração?*” Violeta fez um sinal positivo com a cabeça, demonstrando entender o que eu acabara de dizer (DV com Violeta – F3).

Falei como foi o procedimento e mostrei a ela onde havia sido feito a punção: “*Rosa, se lembra das fotos que te mostrei ontem? De como ficava fixado o cateter, na cabeça do bebê?*” Ela expressou emocionada: “*lembro...*” e, suspirando, disse: “*que bom que vocês conseguiram... agora ele pode continuar o tratamento...*” (DV com Rosa – F2).

Pedi para Tulipa se aproximar um pouco mais para mostrar-lhe o cateter inserido sob a película transparente. Ela mostrou-se admirada e disse: “*este cateter está lá pertinho do coração dele como você falou ontem?*” (DV com Tulipa – F5).

O processo de inserção do CCIP por si só é um procedimento recentemente implantado nas UTINs. Agora, a inserção da família para participar durante todo o processo é algo inusitado e desafiador, uma quebra de paradigma, visto que a cultura dentro do âmbito hospitalar é apenas informar as famílias sobre o procedimento que será realizado na criança e não permitir que ela participe e vivencie de perto todo o processo.

Percebi que enquanto conversava com a pediatra de plantão, Violeta estava ouvindo tudo e ficou me olhando assustada. Entretanto, parecia se sentir importante, mostrando-se com uma postura ereta, principalmente quando enfatizei que ela teria direito de ficar ali ao lado do seu bebê durante o procedimento do CCIP. Violeta então perguntou: “*posso ficar mesmo?... não vou atrapalhar o serviço de vocês?*” (DV com Violeta – F3).

(1979) apresenta como pressuposto para alcançar o cuidado autêntico, a necessidade de respeito ao outro em sua existencialidade, reconhecendo-o como ser de potencialidades e que possa a vir-a-ser-mais. Entretanto, isto somente acontecerá quando o pensamento dos profissionais mudar e através de uma proposta mais humanizadora, vir que a família faz parte do contexto da recuperação da criança. Permitir que ela decida se quer participar, além de ser um direito legal a ela concedido, deve ser encarado com naturalidade, ingressando a família neste novo mundo, com o intuito de proporcionar uma maior aproximação e vínculo com o bebê, neste momento tão especial de sua vida.

O partilhar de experiências pode ser vivido no cotidiano do trabalho da terapia intensiva, desde que estejamos abertos a viver este encontro com o outro. Para isto é necessário acrescentar no cuidado humanizado, não apenas o recém-nascido na suas complexidades patológicas, mas sim, e também a sua família, que é alicerce deste ser. Humanizar este ambiente implica sensibilizar pessoas ao envolvimento, à flexibilidade e à singularidade para olhar as situações de enfermagem, buscando uma relação harmônica na qual os profissionais e família possam juntos estimular e serem estimulados na busca do bem-estar e de estar melhor (ROLIM; CARDOSO, 2006).

5.3 PARTICIPAR DOS CUIDADOS CONTRIBUI PARA ATRIBUIR SIGNIFICADO À EXPERIÊNCIA

5.3.1 O alívio da família ao saber que o CCIP foi instalado

Depois de ultrapassar a etapa de trans-inserção, que causou muita expectativa e momentos de apreensão, independente de terem resolvido tomar parte direta do processo, as famílias manifestavam alívio. Era perceptível o semblante animado, primeiramente por atestarem o sucesso da técnica propriamente dita, mas também, por entenderem que suas crianças já não teriam que ser submetidas às consecutivas punções venosas periféricas. Poderiam, portanto, dar continuidade à terapêutica programada. A exteriorização destes sentimentos foi percebida, principalmente, logo após o término da passagem do cateter, ou ainda, quando as famílias souberam do resultado do exame radiológico, que confirmava o posicionamento “correto” da extremidade do mesmo, já

que este dado era também ansiado pela equipe, como um critério técnico que ratificava que o procedimento havia obtido sucesso.

Por volta das 10h30min eu estava na sala de cuidados intermediários apazando os prontuários, quando Rosa e seu esposo entraram na UTI para ver Lírio. Aproximei-me deles e cumprimentei-os. Gerânio, sorrindo, disse: *“nossa como nosso menino melhorou!... eu nem acreditei quando a Rosa me disse que ele estava sem aquele tubo na boca e que vocês tinham conseguido passar o cateter...”* Gerânio olhava diretamente para o bebê enquanto falava. Abriu cuidadosamente a portinhola da incubadora, colocou a mão em contato direto com o bebê e continuou falando: *“tomara que ele não precise ser mais picado e que melhore logo para ir para casa”* (DV com Rosa, Gerânio e Lírio – F2).

Enquanto a funcionária administrava o leite pela SOG, Rosa ficou acariciando a cabeça de Lírio, que estava um pouco choroso, e comentou: *“ele ficou estranho com a cabeça raspada dos dois lados, será que podia raspar o resto? Assim o cabelinho cresce por inteiro...”*. Como foi tentado passar o cateter em ambos os lados da cabeça, foi realizada a tricotomia apenas nos locais onde foram realizadas as punções periféricas, preservando o cabelo nas demais regiões da cabeça. Entretanto, Rosa achou melhor que raspasse toda a cabeça, para seu bebê ficar com melhor aparência. Diante da solicitação, assenti, dizendo que na hora da higiene do bebê faríamos isso. Ela então completou: *“pelo menos ele agora está com o cateter e não precisa ficar mais picando ele... que alívio!”* (DV com Rosa, Gerânio e Lírio – F2).

A funcionária que estava na troca do curativo comentou com Rosa como era difícil manter um acesso periférico antes de ter o CCIP. Rosa ficou escutando e depois falou: *“posso até imaginar... ainda bem que inventaram isso... é muito difícil ver o bebê da gente sendo picado várias vezes para pegar uma veia... tadinho, deve doer muito! Ainda bem que foi colocado este cateter. Agora pode seguir com o tratamento”* (DV com Rosa – F2).

Continuamos a realizar as manobras e aos poucos os coágulos de sangue foram saindo. Depois de alguns minutos conseguimos desobstruir o CCIP. Então, Gérbera, percebendo o resultado positivo, suspirou e desabafou: *“meu Deus, que bom... assim não precisa passar outro cateter e nem ficar levando picadas de agulha... e dizer que um cateter assim tão delicado é importante para os bebês... nem quero imaginar se*

tivesse que pegar a veia dele todos os dias... pobrezinho ia sair todo cheio de picada de agulha” (DV com Gérbera e Amor-Perfeito – F4).

Com os olhos cheios de lágrimas e um suspiro aliviado, Gérbera fala: *“graças a Deus!... eu estava aqui rezando para que vocês conseguissem...”* Respondi que Amor-Perfeito estava bem, pois estava conectado ao monitor cardíaco. Então, com cuidado, levantei os campos para que ela pudesse constatar como ele estava. Gérbera então colocou sua mão, vagarosamente, e com extremo cuidado na cabeça do filho e a acariciou. Interagiu com o bebê enquanto esperávamos o técnico para fazer o Raio-X. Parecia estar mais tranquila [...]. Após acomodar o bebê na incubadora, mostrei a localização da ponta do cateter no Raio-X. Ela, sorrindo, verbalizou: *“estou mais calma e aliviada agora que vocês conseguiram pegar a veia dele e passar o cateter... estava rezando o tempo todo para dar tudo certo [...] pelo menos com este cateter não precisa pegar as veinhas dele tantas vezes, e assim, não sofre tanto!”* (DV com Gérbera e Amor-Perfeito – F4).

Percebi que Gérbera acariciava seu bebê, mas ao mesmo tempo, estava atenta a tudo que acontecia ao seu redor. Ela então perguntou: *“até quando ele vai ficar com a alimentação pela veia?”* Falei que a NPT ia sendo diminuída gradativamente, à medida que a dieta por via oral fosse aumentada e o bebê tolerasse bem. Ela olhando para o dispositivo instalado perguntou: *“então vai ficar mais algum tempo com o cateter?”* Respondi: *“o seu bebê vai ficar com o CCIP até quando acabar o uso de antibióticos e não precisar mais de soro pela veia.”* Ela falou: *“é melhor ficar com o cateter do que ficar pegando a veia dele!”* (DV com Gérbera – F4).

Percebi que Gérbera acariciava seu bebê, mas ao mesmo tempo, estava atenta a tudo que acontecia ao seu redor. Ela então perguntou: *até quando ele vai ficar com a alimentação pela veia?* Falei que a NPT ia sendo diminuída gradativamente, à medida que a dieta por via oral fosse aumentada e o bebê tolerasse bem. Ela olhando para o dispositivo instalado perguntou: *“então vai ficar mais algum tempo com o cateter?”* Respondi: *“o seu bebê vai ficar com o CCIP até quando acabar o uso de antibióticos e não precisar mais de soro pela veia.”* Ela falou: *“é melhor ficar com o cateter do que ficar pegando a veia dele!”* (DV com Gérbera – F4).

A sensação de “missão cumprida” foi exteriorizada por todas as famílias, tanto por aquelas que permaneceram presentes durante a realização da técnica, ou mesmo as que ficaram à “espreita”. Pude perceber que as famílias realmente estavam mais tranquilas, parecendo que um fardo havia sido retirado de seus ombros. Os semblantes mudaram, como por exemplo, no diálogo vivido com Gérbera, quando pude perceber e sentir através do seu sorriso espontâneo que, realmente parecia estar aliviada e feliz por vivenciar que mais uma etapa fora vencida e que, agora, sua criança poderia continuar o tratamento terapêutico sem ter que sofrer mais pelas consecutivas punções periféricas.

Ao refletir sobre isto, penso que este processo vivenciado por estas famílias em relação ao sucesso de instalação do CCIP pode contribuir muito para trazer de volta o seu bem-estar e estar-melhor, pois acredito que através do processo do CCIP é possível também humanizar a assistência de enfermagem, tanto aos bebês quanto a suas famílias. O fato de as famílias vivenciarem este “alívio” em relação ao sucesso de um cuidado especializado de enfermagem pode também significar que todo empenho da equipe de saúde, principalmente das enfermeiras que realizaram o procedimento, foi compensado. Paterson e Zderad (1979) vêem a enfermagem como a vivência de humanos, incluindo todas as respostas possíveis em uma determinada situação, tanto daquele que necessita, quanto daquele que ajuda, sendo que cada um participa de acordo com o seu modo de ser.

Nestes diálogos vividos, percebi também que a tecnologia do CCIP aparece como um instrumento importante para a humanização no cuidado, uma vez que sua utilização no campo da terapia intravenosa pode ser visto como um elemento que trouxe o bem-estar e estar melhor de todos, tanto para o recém-nascido que foi beneficiado com um acesso venoso seguro para realizar seu tratamento, quanto para a sua família, que se sentiu mais calma, por haver possibilidade concreta de evitar as inúmeras punções periféricas. E também, a equipe neonatal que, por meio do conhecimento técnico-científico, consegue instalar uma tecnologia que contribui significativamente para a qualidade da assistência aos bebês, garantindo-lhes acesso venoso confiável para a terapêutica intravenosa, que culminará na recuperação da saúde e bem-estar do neonato de risco.

Molina et al. (2009), referem que, frequentemente no cotidiano das UTINs, os profissionais se vêem entre a necessidade de dominar as novas tecnologias e a importância de humanizar o cuidado às crianças internadas. O CCIP também entra nesta preocupação e, além disso, por

ser uma tecnologia relativamente nova na área da terapia intravenosa neonatal, deve ser utilizado pela equipe de saúde como uma tecnologia humanizante no cuidado, aproveitando a própria tecnologia para manter o vínculo entre o bebê e sua família.

5.3.2 “Quero aprender”: a família ajudando na manutenção do CCIP

Após a fase de alívio pelo término do procedimento, as famílias, aos poucos, foram se dando conta que o acesso venoso central era uma realidade e passaram a enfrentar o fato de a criança ter que conviver com o dispositivo. Inicialmente, apresentaram-se um pouco temerosas em interagir mais intimamente, ou mesmo prestar algum cuidado ao bebê, devido à insegurança quanto ao manuseio, tanto da criança, quanto do dispositivo e, muitas vezes, referiram que tinham receio de “machucar”, “movimentar e ferir”, ou mesmo “causar mais dor” no recém-nascido. Essa sensação acompanhava as famílias durante os dois primeiros dias.

Depois de perceber, com ajuda da enfermagem, que a criança, inclusive, aparentava maior conforto do que quando submetida ao acesso periférico, passaram então para outra fase de adaptação, cuja preocupação central relacionava-se ao receio de que algo inesperado pudesse vir a ocorrer (como a retirada abrupta do cateter, por exemplo), e que poderia culminar com a sua perda. Esse acidente, por consequência, fazia com que o bebê tivesse que interromper a terapêutica e “voltar tudo à estaca zero”, além de afastar cada vez mais a alta hospitalar. Essa probabilidade fazia com que as famílias entrassem em um nível de preocupação extrema, levando-os a se afastarem do bebê. Demonstravam apreensão nos pequenos gestos e pareciam desconfortáveis até mesmo em tocar ou segurar as crianças no colo. Seus olhares estavam sempre voltados atentamente para o cateter e não para o bebê. Pude perceber que a relação intersubjetiva entre famílias e recém-natos ficava comprometida durante a primeira semana após a inserção do dispositivo.

Essas duas fases, permeadas por conflitos, geravam muitas vezes, sentimentos de preocupação com o cateter, conforme se observa nos seguintes extratos dos diálogos vividos:

[...] no momento da mamada, Rosa aparentava estar apreensiva para pegar o bebê no colo. Insisti: “*Rosa, está tudo bem?*” Ela, com olhar preocupado, falou: “*meu Deus! Será que vou conseguir pegar ele no colo?*” Incentivei-a a ir em frente, com meu auxílio direto. Retirei o bebê da incubadora e antes de acomodá-lo em seu no colo, coloquei-o na balança de pesagem, relatando para que ela acompanhasse os movimentos e constatasse que o bebê reagia bem aos cuidados realizados. Reforcei que o dispositivo estava bem aderido e que não havia qualquer resquício de possibilidade de retirada acidental e/ou deslocamento. Rosa, atenta, expressou: “*será que não tem perigo mesmo de puxar esse cateter?*” (DV com Rosa e Lírio – F2).

[...] o RN estava um pouco choroso e agitado e Rosa conversava com ele, na tentativa de acalmá-lo: “*calma, calma, meu bebê! Rosa parecia aflita e nervosa.*” Disse, olhando em minha direção: “*meu Deus, se ele continuar chorando vai perder o cateter... ele está muito agitado...*” (DV com Rosa e Lírio – F2).

[...] Lírio retornou ao seu colo. Ele parecia estar com fome e posicionei-o para sugar. Foi só sentir o mamilo nos lábios que logo começou a sugar. Rosa estava tensa. Permaneci ao seu lado. Chorosa, comentou: “*tenho medo que ele perca esse cateter, já foi difícil vocês conseguirem passar... ele não pode perder esse cateter de jeito nenhum*” (DV com Rosa e Lírio – F2).

[...] fui ao seu encontro e perguntei se já havia tomado café da manhã e ela respondeu que sim. Então convidei: *vamos trocar o curativo do cateter do bebê?* Ela esboçou um sorriso e perguntou: “*ele não vai se agitar muito?... fico preocupada se ele chorar... não tem perigo de ele puxar o braço e o cateter sair?*” (DV com Tulipa – F5).

A travessia desta fase de insegurança latente é realizada com maior brevidade e empenho, quando a equipe neonatal compreende a situação liminar que a família vivencia. O constante incentivo para verem e, principalmente, “sentirem” seu bebê, é requisito indispensável para o encorajamento de todos os integrantes da unidade familiar, mas, principalmente, para que as mães e os pais desses recém-nascidos reconheçam o filho como alguém que necessita deste dispositivo para sobreviver, e não, a concepção de que o dispositivo é mais importante do que a criança, como “um ente” à parte. É fundamental que a família permaneça em interação com o bebê que foi submetido ao CCIP,

mantendo a relação de apego e que entenda que esses sentimentos de insegurança passarão com o decorrer do tempo e com o apoio dos profissionais da equipe (SOUTO; CARDOSO; OLIVEIRA, 2006). É relevante, para a experiência positiva da família, que a mesma entenda e participe ativamente do processo, ainda que tenha que enfrentar diferentes tipos de insegurança no decorrer desta caminhada. É fundamental estar com as famílias (presença genuína), acreditando em seus potenciais para vir-a-ser, envolvendo-as neste cuidado especializado como uma das estratégias para que elas se aproximem cada vez mais de suas crianças e também se tornem co-responsáveis durante o período que o cateter estiver inserido no bebê.

Por outro lado, isto deve ser realizado de forma gradativa e conforme aceitação e entendimento de cada família em relação aos cuidados com o cateter, lembrando sempre que cada ser humano deve ser visto na sua singularidade, potencialidade e respeitando os limites e as escolhas de cada um. Laffrey e Brouse (1989) relatam que a Teoria Humanística de Enfermagem tem o pressuposto de que é necessário um olhar ao mundo e aos seres como existencialmente são, com respeito às suas individualidades e integralidades, de modo que os preconceitos e julgamentos sejam desvinculados de suas atitudes, ou seja, que o ser na relação com o outro venha-a-ser-mais em suas experiências de vida.

As famílias que se sentem acolhidas pela enfermeira, ou mesmo pela equipe de saúde, têm mais facilidade de relacionar-se com eles, engajando-se em um movimento participativo, pois percebem que as qualidades pessoais e profissionais daqueles de quem recebem o cuidado durante sua vivência, atingem suas expectativas e proporcionam o estabelecimento de uma relação que lhes permita sentirem-se seguros para agir na situação. Quando a família percebe que a enfermeira está “aberta” a questionamentos e disposta a esclarecer suas dúvidas, ela aproxima-se e pede ajuda, fazendo perguntas e desabafando com ela (FERRO; AMORIM, 2007).

Após cumprimentá-la, ela foi logo falando: *“Márcia, ontem, no final da tarde a médica liberou para amamentar meu bebê... você poderia me ajudar?... ele está um pouco irritado e como ainda não tenho muito jeito tenho medo que ele perca o CCIP da cabeça.”* [...] Depois de alguns minutos, percebi que Tulipa olhava para o cateter instalado na cabeça do recém-nascido, para ver se estava tudo bem (DV com Tulipa e Girassol – F5).

Coloquei-o então no colo de Tulipa e posicionei-o para mamar e ele aos poucos foi conseguindo. Tulipa parecia um pouco apreensiva durante a amamentação de Girassol e olhava constantemente para o CCIP que estava na cabeça, então disse: *“Tulipa procure relaxar... não se preocupe com o CCIP, está bem fixo e não vai sair... curta seu bebê nesse momento da amamentação.”* Coloquei minhas mãos em cima de seus ombros que estavam contraídos e disse: *“você está tensa...”* Ela falou: *“tenho medo que ele perca o cateter enquanto mama.”* Então para desviar sua atenção do CCIP e fazendo uma leve massagem em seus ombros falei: *“fique tranquila, vou ficar aqui do seu lado e cuidar do CCIP... olhe para Girassol e veja como ele pegou direitinho o seio e pelo jeito está mamando bem.”* Ela deu um sorriso e disse: *“que bom que ele está bem mais calmo... ainda bem que você me ajudou... obrigada!”* (DV com Tulipa e Girassol – F5).

Gomes (1996) afirma que é de fundamental importância que os membros de uma equipe de enfermagem atendam às necessidades e às solicitações emergidas das próprias famílias, pois essas necessidades só surgem de modo autêntico quando estas se sentem acolhidas e compreendidas. Desta forma acredito que as famílias sentem-se mais seguras para cuidar da criança com CCIP, quando compartilhamos o “saber” profissional, passando a compreender de forma única o que cada família está vivenciando neste processo, ajudando-a a desenvolver os seus potenciais ao longo do processo de hospitalização da criança e obtendo mais conhecimentos e habilidades em relação aos cuidados com a criança cateterizada.

A participação da família para ajudar na manutenção do CCIP é influenciada por seu senso de segurança e competência, que são afetados pelas atitudes dos profissionais. Quando a família consegue estabelecer uma relação verdadeira de envolvimento com a equipe de saúde, tem mais facilidade de participar da terapêutica, contribuindo não apenas como expectadora, mas também como cuidadora do CCIP, enquanto o recém-nascido estiver necessitando de terapia intravenosa.

Depois de ultrapassar a fase de inseguranças, se a família se sentir apoiada, ela passa a outra etapa, que é a da aprendizagem, de querer aprender a cuidar da criança. Nesta etapa, ela ajuda a equipe, avalia se as manifestações da mesma estão dentro do esperado e empenha-se em desenvolver algumas ações de auxílio na manutenção do cateter, como por exemplo, impedir infecções e acompanhar a realização de curativos.

“Eu quero ajudar a cuidar. Me sinto mais segura. Você me ajuda?”
(Tulipa)

“Márcia, será que eu posso ajudar nisso? Já estou mais segura, quero aprender” (Gérbera)

“Vou cuidar para não infeccionar. Assim eu me sinto participando. É muito melhor do que ficar só esperando, sem entender direito o que está acontecendo com ele. Quero aprender”. (Alecrim)

“Vou participar do curativo... posso??” (Alecrim)

Uma das famílias participantes manifestou tanto empenho na aprendizagem, no desejo de “aprender” e de ajudar a cuidar, que a equipe neonatal concordou que o recém-nascido, após alguns dias de inserção do cateter, fosse transferido para o quarto da mãe (puérpera) na unidade de alojamento conjunto.

Comentei com eles também que o cateter havia apresentado algumas vezes obstrução e, que por este motivo, era importante que ela sempre olhasse para o local de inserção e para o trajeto externo do cateter e as conexões para observar se havia presença de sangue, pois caso retornasse sangue, o cateter poderia obstruir novamente. Percebi que ela e os demais estavam atentos às minhas orientações. Procurei tranquilizá-los que estaríamos sempre indo até ao quarto para prestar os cuidados e avaliando como estaria o CCIP. Depois de tudo organizado e as orientações repassadas, Tulipa falou: *“pode deixar, Márcia, vou ficar de olho no cateter e qualquer coisa eu peço para ligar para vocês lá”* (DV com Tulipa e Alecrim– F5).

Neste diálogo pode-se perceber que a família estava assumindo a responsabilidade de cuidar do CCIP durante as 24 horas, dando respostas significativas para a equipe de saúde. Ressalto aqui que esta foi uma experiência nova não só para a família, mas também para toda a equipe de saúde. Um paradigma foi rompido, pois nenhuma outra criança ainda com CCIP instalado havia ficado por um tempo prolongado fora do ambiente da UTIN. Esta situação, ao mesmo tempo, foi impactante no sentido de causar dúvidas e certo temor, principalmente na equipe de enfermagem, pois causaria mudanças na rotina, e isto gerou inicialmente muita ansiedade e reflexões em relação

ao risco de perder o cateter por possíveis complicações, como por exemplo, a obstrução do CCIP. Entretanto, a família, após ter sido orientada sobre todos os cuidados em relação à manutenção do CCIP, estava feliz por levar o recém-nascido para o quarto, onde poderia também ficar mais tranquila e em momentos de maior interação e vínculo com a criança.

Esta fase de intenso aprendizado foi marcada e sublinhada também pela oportunidade de vivenciar a experiência com outras famílias que passavam pela mesma situação. Compartilhar cuidados e interesses comuns parecia reforçar o tratamento e a recuperação do recém-nato. Algumas famílias já demonstravam certo conhecimento sobre os benefícios e vantagens do cateter, principalmente quando relatavam sobre as punções venosas que seus bebês já não sofriam mais e também as associações com outros tipos de procedimentos invasivos, como por exemplo, as dissecções venosas para colocação de cateter (flebotomia). Esses momentos foram essenciais para que as famílias pudessem expor também seus sentimentos sobre o fenômeno vivido, estimulando-as ainda mais para continuarem a participar dos cuidados na manutenção do CCIP e compreenderem melhor o processo em sua inteireza, conforme indicam os seguintes recortes do diário de campo.

Violeta estava um pouco assustada quando falei sobre como era realizado o procedimento da flebotomia e a diferença entre ela e o CCIP. Para que ela entendesse melhor, fiz um desenho em um papel. Ela arregalou os olhos e comentou: *“ainda bem que a minha pequena está com o CCIP... esse outro procedimento aí (referindo-se a flebotomia), que tem que cortar a veia, deve ser muito ruim para os bebês”* (DV com Violeta – F3, e outra família, na sala de amamentação, sobre o CCIP instalado em seus recém-nascidos).

Rosa comenta com Dália: *“meu bebê é bem difícil de veia e graças a Deus que elas [referindo-se às enfermeiras da UTIN] passaram o cateter... agora ele consegue ir ao peito para mamar e está até mais calmo”* (DV Rosa – F2, e outras famílias, na sala de amamentação, sobre o CCIP instalado em seus recém-nascidos).

Enquanto estava ajudando na ordenha, outras mães estavam conversando sobre seus bebês e então Rosa perguntou para Violeta: *“você também faz parte da pesquisa da enfermeira Márcia?”* Violeta: *“sim, meu bebê também está com cateter e ela me convidou para participar. Acho bem legal a gente poder trocar figurinhas sobre isso. Afinal, são*

situações bem iguais, né?” (DV entre Rosa – F2, e Violeta – F3).

Violeta falou: *“pelo menos o bebê não chora tanto para ficar picando várias vezes... ainda bem que Orquídea também está recebendo soro pelo cateter”* (DV com Violeta – F3, e outra família, na sala de amamentação, sobre o CCIP instalado em seus recém-nascidos).

Violeta e Rosa comentam quase em uníssono: *“então é melhor o neném ficar com este cateter... coitadinho, receber picadas várias vezes, ninguém merece!”* Percebi que Violeta já compreendia melhor a importância do cateter e ainda reforcei o que a funcionária havia falado em relação à dor provocada pelas tentativas de punção e o risco de lesão neurológico ao bebê, quando ele é submetido ao alto grau de estresse (DV com Violeta – F3, e com Rosa – F2).

Ficou evidente que enquanto as famílias dialogavam sobre o CCIP, elas compartilhavam suas experiências e colocavam suas opiniões sobre o que estava sendo realizado pela equipe para ajudar o bebê neste processo de hospitalização. Quando as famílias têm a oportunidade de falar sobre o que está acontecendo sobre suas vivências, elas percebem que não estão sozinhas neste processo e o fato de exporem seus sentimentos é uma forma de se sentirem mais aliviadas e também fortalecidas. A história dos outros familiares oferece esperança e força para continuar no acompanhamento do cuidado da criança (FERNANDES; ANDRAUS; MUNARI, 2006). Neste momento a relação EU-NÓS está presente, pois é perceptível a relação do ser humano com os outros, onde a singularidade de cada ser é reconhecida, contribuindo assim para o fenômeno da comunidade (LAFREY; BROUSE, 1983). Para que cada ser humano se desenvolva e adquira identidade, é necessária sua relação com os outros e com a comunidade.

5.3.3 A cada curativo do CCIP uma nova oportunidade de vir-a-ser com o bebê e com a equipe

A cada dia que passa, as famílias vão se interessando em contribuir com a equipe para a manutenção do cateter. O fato de se sentirem livres para colaborar e ativos nos cuidados à criança, faz com que tenham interesse crescente em tudo o que diz respeito à conservação, propósitos e técnicas associadas ao uso do dispositivo,

como por exemplo, que tipo de medicamento ou solução é infundido, quais as posições preferenciais que o bebê deve adotar enquanto estiver fazendo uso do cateter, as possíveis complicações a que está sujeito, dentre outros, mas, principalmente, o interesse recai sobre o evento da troca de curativo. Tal interesse parece estar associado ao fato de ser uma atividade que é realizada com frequência pela enfermeira com os demais profissionais da equipe, o que propicia aproximação com o cuidado técnico e especializado, mas também, pela oportunidade de aproximações intersubjetivas entre os profissionais, o recém-nascido e os demais membros da família.

Enquanto realizava o procedimento, comentei com Rosa: *“você consegue nos ajudar a segurar o Lírio, enquanto trocamos o curativo? Assim evitamos qualquer risco de tracionar o cateter.”* Rosa então se aproximou e, vagarosamente, colocou as mãos sobre o filho, questionando: *“será que ele vai ficar muito agitado?”* Ao que argumentei: *“fique tranquila... vamos fazer esse curativo bem devagar. Estamos contentes que você veio nos ajudar.”* Rosa abriu um sorriso e falou: *“espero ajudar e não atrapalhar!”* (DV com Rosa e Lírio – F2).

Terminei o curativo e acomodei o bebê melhor na incubadora. Enquanto isso, Rosa expressou, olhando fixamente para o bebê: *“achei que fosse pior, mas não é tão complicado assim... só fiquei com medo que ele mexesse a cabeça e puxasse o cateter, mas deu tudo certo, graças a Deus!”* (DV com Rosa e Lírio – F2).

Comecei retirando a película do curativo que já estava se soltando. Depois de realizar a limpeza no local de inserção do cateter, dialoguei com Rosa sobre a importância de manter o cateter bem fixo, a fim de evitar tracionamento acidental. Rosa, apoiando uma das mãos em meu ombro, comentou: *“e dizer que um cateter tão fininho é tão importante para o bebê, né?... tem que cuidar para não perder... foi difícil conseguir uma veia nele”* (DV com Rosa e Lírio – F2).

Violeta perguntou pelo segundo dia consecutivo: *“a que horas você vai fazer o curativo?”* Ao receber a resposta que seria depois do horário da dieta das 14h00min, perguntou se poderia participar como ontem, aguardando ansiosa por uma aceitação de minha parte. Perguntei se gostaria de estar junto, ao que respondeu de imediato: *“eu quero... quando mesmo você vai trocar?”* Respondi: *“daqui a pouco, vou fazer depois que a Orquídea receber a dieta... eu aguardo você”* (DV com

Violeta – F3).

Ao perceber que ela havia parado de perguntar, propus: “*Violeta, você nos ajuda a segurar o seu bebê enquanto trocamos o curativo?*” Ela respondeu: “*como eu faço? Coloco a mão sobre ela?*” (DV com Violeta e Orquídea – F3).

Violeta acompanhava tudo atentamente, enquanto eu finalizava o curativo. Ao perceber que eu não havia colocado a gaze na inserção do cateter, conforme o dia anterior, perguntou: “*agora não precisa colocar mais um pedacinho de gaze?*” Sorri e respondi: “*a gaze é colocada no local onde o cateter foi inserido, apenas para prevenir sangramento. Hoje retiramos, pois não é mais necessário. O curativo consiste apenas nessa película transparente... mas caso continue a sangrar, colocaremos novamente a gaze, até o sangramento parar.*” Após a explicação, Violeta comentou despreocupadamente: “*achei que fosse mais complicado trocar o curativo*”... e olhando para o braço de Orquídea, já com o novo curativo instalado, continuou: “*achei interessante que dá para ver o cateter por esse curativo*”. Ao ver que eu estava retirando as luvas, disse, com expressão incrédula: “*já acabou?*” Respondi que sim e perguntei o que ela havia achado do procedimento: “*eu achei legal e acho que também é bom para os bebês... ela nem chorou para trocar o curativo.*” Começamos a rir! Violeta expressou ainda: “*é bom ver, a gente também se aproxima, né? É igual quando as outras enfermeiras estão junto com a gente. Quando dão atenção é tão bom, a gente se sente tão bem. Ajuda muito.*” Orquídea estava bem tranquila e até um pouco sonolenta. Finalizamos o procedimento e Violeta me ajudou a acomodar Orquídea na incubadora. Agradei a sua ajuda e participação no procedimento (DV com Violeta e Orquídea – F3).

Depois de alguns dias, Violeta encontrava-se disposta ao meu lado, aguardando o evento da troca de curativo. Lavei as minhas mãos e arrumamos o bebê de maneira confortável. Perguntei: “*você gostaria de segurar a Orquídea enquanto a funcionária me ajuda a trocar o curativo?*” Ela respondeu afirmativamente sem nenhuma demora e perguntou: “*esse curativo é aquele que foi feito nesses dias?*” Respondi: “*sim, lembra que eu te falei que depois que passamos o CCIP, a cada sete dias temos que trocar o curativo?*” Ela respondeu: “*lembro... você disse que o curativo era para manter o cateter em boas condições.*”

Enquanto o procedimento seguia em frente, conversei com o bebê, dizendo: *“pequenina Orquídea, sua mamãe vai segurar você enquanto a titia vai trocar o seu curativo... vamos dar um docinho para você ficar sugando...”* Violeta interrompeu: *“não é pirulito, é só umas gotinhas de glicose...”* (risos). Durante a técnica, ficava observando o que fazíamos e parecia tranquila, olhando tudo atentamente à sua volta. Quando já estávamos terminando a troca do curativo, perguntei o que ela havia achado de ter participado da troca do curativo: *“achei legal e vi que tem que tomar o maior cuidado e ter uma mão bem delicada para trocar esse curativo com cuidado para o cateter não sair, né? Gostei muito de poder ajudar a troca o curativo dela... dá um medinho porque a gente acha que o cateter pode sair, mas não parece ser tão difícil assim! Vocês são bem bacanas”* (DV com Violeta, Orquídea e a Técnica de Enfermagem – F3).

Aproveitei o momento e convidei Gérbera para participar da troca de curativo. Me olhando, com expressão de espanto, falou: *“não incomoda vocês?”* Respondi que não e ainda disse se quisesse poderia nos ajudar, segurando o seu bebê, enquanto realizávamos o procedimento. Ela imediatamente verbalizou: *“eu preferia ficar aqui do lado só olhando... fico com muita peninha dele.”* Contudo, com o decorrer da técnica, olhando para o filho, disse: *“está bem... vou criar coragem e vou tentar ajudar vocês, mas se eu não conseguir ficar, posso sair?”* Respondi que a decisão era dela, mas a incentivei a ficar: *“Gérbera, para o Amor-Perfeito é uma benção ter sua mãe aqui para confortá-lo”* (DV com Gérbera, Amor-Perfeito e a Técnica de Enfermagem – F4).

Gérbera abriu a portinhola da incubadora, pegou no braço onde estava o CCIP, olhou para o curativo, para a torneirinha e, em seguida, para a bomba de infusão, onde estava NPT. Então questionou: *“o que ele está recebendo neste soro?”* Expliquei que era nutrição parenteral; uma alimentação que era passada pela veia, pois Amor-Perfeito não podia ser alimentado por via oral, por causa da distensão abdominal que estava apresentando. Ela, voltando a olhar para o curativo, perguntou: *“o que tem ali no curativo do cateter é sangue?”* Então, lavei as minhas mãos e fui ver ao que ela se referia. Então, ao visualizar o curativo, falei: *“Gérbera, isto aqui que você está vendo é um pedacinho de gaze com sangue coagulado. Colocamos essa gaze ontem, quando fizemos o procedimento... hoje vamos trocar o curativo e se não apresentar mais sangramento, ficará apenas com o curativo transparente.”* Aproveitei que estava com a folha de avaliação do CCIP na mão para fazer a

anotação sobre o curativo de Amor-Perfeito e mostrei à Gérbera como fazíamos o controle diário do cateter. Ela olhou e em seguida falou: “*que interessante... vocês anotam tudo nesta folha*”? Comentei também que tínhamos um protocolo específico do CCIP que servia de orientação para a equipe de enfermagem. Gérbera ficou ouvindo atentamente enquanto eu falava e ao final falou: “*eu nem imaginava que este cateter tinha tantos cuidados assim... ainda bem que Amor-Perfeito está com CCIP*” (DV com Gérbera, Jasmim e Amor-Perfeito – F4).

Tulipa ficou olhando para o bebê e falou: “*será que eu fico?... Você acha que consigo ficar?*” Falei a ela que poderia nos ajudar segurando e aconchegando Girassol enquanto trocávamos o curativo. Disse ainda que a participação dela neste momento era muito importante para o bebê, que se sentiria amparado por ela. Ela sorriu e olhando carinhosamente para seu filho e com um tom de ternura, respondeu: “*tudo bem! Vou ficar e tentar ajudar no que for possível e se Deus quiser vai dar tudo certo.*” Eu incentivei: “*que bom, Tulipa! Você é muito importante para seu bebê e tenho certeza que você vai nos ajudar muito!*” Ela deu um sorriso meigo e falou: “*Girassol é minha vida e vou fazer de tudo para ele fique bom!*” Durante a troca de curativo, fui mostrando para Tulipa cada passo que estava fazendo. Ao retirar a película, comentei: “*este curativo parece um plástico bem fininho!?*” Respondi: “*é um curativo especial utilizado para os cateteres como o CCIP... é um material transparente que facilita a visualização do cateter. Ele também é permeável e permite a transpiração da pele.*” Girassol chorou um pouco quando retirei o curativo e percebi que Tulipa franziu a testa, demonstrando preocupação. Enquanto fazia a limpeza com solução fisiológica no local de inserção do cateter, verbalizou: “*interessante como ficou o cateter na pele dele... fica só um pedacinho dele para fora... quando você limpa sai sangue?*” Girassol ficou calmo durante o procedimento. Ao terminar, Tulipa ajudou a acomodar a criança, ao mesmo tempo em que comentava: “*só tive um pouco de medo que ele pudesse se mexer muito e o cateter sair, mas que bom que ele colaborou e deu tudo certo...*” Olhando e acariciando seu filho, completou: “*foi bom eu ter ficado aqui com ele... não foi tão difícil assim como eu imaginava... é bom saber tudo que está acontecendo com ele, assim fico mais tranquila*” (DV com Tulipa, Girassol e a Técnica de Enfermagem – F5).

Nestes diálogos ficou evidente que a participação das famílias

durante as trocas de curativo do CCIP foi uma nova oportunidade para elas conhecerem mais sobre este cuidado especializado e também para expressar seus sentimentos e suas dúvidas em relação ao que estavam vivenciando. Os diálogos vividos possibilitaram a desmistificação de algumas crenças e valores existentes sobre este cuidado, permitindo que as famílias compartilhassem suas dúvidas e expressassem seus “fantasmas” acerca do assunto. O fato da família estar-com-a-criança e de estar-com-a-equipe durante este cuidado especializado proporcionou a elas coragem para enfrentar mais um desafio frente a algo novo que nunca havia experienciado antes e percebeu-se que a cada troca de curativo do cateter, a mãe, o pai e os demais integrantes das famílias iam se fortalecendo, passando a vivenciar esses momentos de forma mais tranquila, contribuindo assim para que a relação entre família-bebê-equipe se apresentasse de forma mais verdadeira, ou seja, mais autêntica. Para Castanha (2004), na trajetória do desenvolvimento do cuidado, o ser humano sofre o processo de um constante vir a ser. Ele vai se adaptando e gerando novas formas de relação no cuidado, tanto de si quanto do outro, a fim de alcançar o bem-estar e o estar melhor.

O momento de suspensão da terapia endovenosa, que culminava com a retirada definitiva do CCIP, foi outro momento que possibilitou vir-a-ser-mais-e-melhor para as famílias, como o exemplo citado no diálogo a seguir, vivenciado com Gérbera e Amor-Perfeito, em que se percebe o vir-a-ser-da-mãe-com-seu-bebê-e-a-equipe, de maneira única e significativa.

Depois de mais ou menos 20 minutos, Gérbera entrou na unidade e foi até o berço de Amor-Perfeito. Ao vê-la, cumprimentei-a e disse: *“oi Gérbera, fui eu quem ligou no seu quarto!”* Ela olhou para mim e respondeu: *“estava no banho!”* Falei: *“acabou a terapia medicamentosa do Amor-Perfeito e vamos tirar o CCIP dele. Quería saber se você gostaria de acompanhar.”* Ela abriu um sorriso e, num tom de voz emocionado, disse: *“mesmo?... meu Deus que notícia boa!... então logo podemos ir embora.”* Gérbera tinha os olhos lacrimejantes. Antes de começar o procedimento, solicitei que pegasse Amor-Perfeito no colo e o transferisse para a bancada, para que tivesse seu cateter retirado. Gérbera auxiliou durante toda a técnica, segurando delicadamente o bebê, enquanto eu procedia à retirada do dispositivo. Depois de algum tempo, comentou, admirada: *“que interessante ver este cateter saindo... e dizer que neste cateter tão fininho passou todos os soros e medicamentos que o Amor-Perfeito precisava. Que bom que ele não chorou... fez só aquela carinha de dor no início... acho que ele*

gostou do dedo docinho da tia!” (risos) (DV com Gérbera e Amor-Perfeito – F4).

Depois de passar pelo prolongado e estressante processo de instalação e manutenção do CCIP, o momento tão esperado era realmente a retirada do dispositivo. Para esta família o cateter foi visto como algo importante para sua criança, pois foi possível completar sua terapia intravenosa com sucesso, e agora estava levando seu filho embora, para o seu lar. A alegria estampada em seu rosto era visível.

Assim, acredito que a família por ser um ser individual, que interage com outros seres no tempo e no espaço, é capaz e aberto às possibilidades de escolhas em sua vida, e são estas que lhes conferem significados as suas experiências vividas. Entretanto, para que existam estas experiências é imprescindível e necessária a interação humana.

Desta maneira, enfatizo que os momentos vivenciados durante a técnica de troca de curativo do CCIP e mesmo na retirada deste, possibilitaram potencializar o vir-a-ser das famílias, mesmo para aquelas que não estavam presentes fisicamente, porque é em meio aos mais diferentes contextos vividos e experienciados pelas famílias que o cuidado dialógico em Enfermagem deve desenvolver-se, a fim de dar oportunidades a realizarem escolhas livres e responsáveis, com objetivo de se sentirem bem e encontrarem significado na experiência. Paterson e Zderad (1988) enfatizam que, embora influenciado por suas potencialidades, por seus hábitos e motivações, o ser humano é e torna-se mais a partir de suas escolhas.

6 A ENFERMEIRA AUXILIANDO A FAMÍLIA NO PROCESSO DO CCIP

6.1 NA PRÉ-INSERÇÃO DO CCIP

6.1.1 A enfermeira “percebe” a família por inteiro (o encontro)

Ao entrar em uma UTIN, muitas famílias se vêem diante de um mundo estranho, com equipamentos tecnológicos e pessoas desconhecidas envolvendo seus bebês. Nestes momentos elas estão assustadas e perplexas com a situação que estão vivenciando e por isso uma atenção especial por parte da equipe, principalmente da enfermeira, deve ser proporcionada, na tentativa de minimizar este sofrimento frente a esta nova experiência.

Nos encontros iniciais procurei, através de minha percepção, observação e escuta uma aproximação intuitiva com as famílias, a fim de obter acesso junto às mesmas, e iniciar o estabelecimento do diálogo vivo. Esta abordagem tinha o intuito de conhecê-los, ajudá-los a enfrentar os momentos difíceis de internação na terapia intensiva, bem como a situação complexa a ser enfrentada pela necessidade de CCIP, uma vez que o recém-nascido encontrava-se com indicações clínicas para este procedimento.

O momento prévio do encontro com os bebês e suas famílias foi marcado pela aproximação intuitiva, apoiada por informações contidas preliminarmente nos prontuários, nas informações recebidas durante as passagens de plantões, e também, pelo contato intenso que tive com o recém-nascido, antes mesmo de encontrar a família. Isto me possibilitou conhecer as particularidades e singularidades de cada bebê e preparar-me para o encontro com cada um dos integrantes de sua família.

Após o plantão, lavei as mãos e fui até a incubadora de Amor-Perfeito para conhecê-lo melhor e iniciar aproximação. Ele estava sedado e, ao tocá-lo, percebi que reagia com movimentos lentos dos braços e pernas. Arrumei sua cânula endotraqueal, que parecia muito introduzida, e acomodei-o melhor no ninho de cueiros. Fiquei olhando para aquele pequeno ser. Sua face tão pequena e enrugada! Coloquei então minhas mãos em cima do seu corpo, com a intenção de que ele se sentisse

protegido. Senti muita afeição por esta criança. A pediatra de plantão se aproximou da incubadora para pegar o prontuário de Amor-Perfeito e perguntou: *“o que foi Márcia? Está pensativa?”* Olhei para ela e disse: *“só estava aqui pensando na história deste bebê e de sua família... deve ter sido um susto para eles, quando souberam que a gravidez tinha que ser interrompida... e os outros filhos?... como será que reagiram quando viram o pai chegar em casa sem a mãe deles?”* Ela franziu a testa e falou: *“não deve ter sido fácil...”* e então, fechando a portinhola da incubadora, fiquei pensando que seria mais uma família que precisaria do nosso apoio e da nossa ajuda para vivenciar uma experiência nova em suas vidas (DV com Amor-Perfeito – F4).

A UTIN, por ser um ambiente de alta complexidade tecnológica, provoca inicialmente conflitos e crises, tanto para o recém-nascido quanto para sua família. Por isso, cabe à enfermeira que ali atua cotidianamente, buscar formas para amenizar estes sentimentos, almejando fazer a aproximação entre o bebê e sua família, tentando tornar este processo de hospitalização o menos traumático possível. Para isto é fundamental que a enfermeira dispa-se de sua imagem profissional, fortemente marcada pela racionalidade científica e procure revelar-se à família sem obstáculos e sem receios. O contato com as famílias desta pesquisa mostrou que quanto menor o subterfúgio ou a pressa envolvidos nesta articulação, melhor é a representação que a família tem sobre o papel da enfermeira, o que permite estabelecer um tipo particular de encontro, uma genuína relação intersubjetiva entre o EU e o TU.

Contudo, para vivenciar o outro, é imprescindível relembrar e reaprender a linguagem dos sentidos, dando uma nova perspectiva para o ver, o ouvir e o sentir o outro, estabelecendo assim uma interação empática, na qual um vai ao encontro do outro (OLIVEIRA, 2001). Larocca e Mazza (2001, p. 119), neste sentido, complementam que “é necessário reaprender a se comunicar, reaprender a ver e ouvir a linguagem”, e neste reaprender inclui-se a comunicação não-verbal, o descobrir-se na multiplicidade de sinais, no olhar, na expressão facial, nas roupas, na postura, no espaço que se ocupa e no que a pessoa deseja transmitir aos outros.

Margarida, que se encontra internada no Alojamento Conjunto, veio até a unidade para visitar seus bebês pela primeira vez. Chegou acompanhada de Magnólia. Assim que entraram fui ao encontro das mesmas, me apresentei e, em seguida, acompanhei-as até a sala de

cuidados intermediários, onde estava Antúrio. Margarida estava vestida com uma camisola e um roupão. Os chinelos combinavam com a vestimenta. Os cabelos estavam penteados, amarrados para trás. Ela andava lenta e cuidadosamente, devido à cesariana a que havia sido submetida há menos de 24 horas. [...] então, ao perceber sua ansiedade, pois olhava firmemente para Magnólia, com os olhos cheios de lágrimas, procurei tranquilizá-la, dizendo: *“a Azálea, logo após o nascimento, apresentou dificuldade para respirar, e precisou ser levada para a UTI e ser monitorada... ela está estável, mas precisa de cuidados mais especializados. Estou aqui para ajudá-las. Confiem em mim e perguntem-me o que desejarem. Preocupo-me com vocês”* (DV com Rosa e Magnólia – F1).

Por volta das 08h00min, eu estava trocando o curativo do cateter umbilical de Lírio quando seu pai (Gerânio) entrou na UTI Neonatal para visitá-lo. Quando ele estava se aproximando da incubadora, falei: *“bom-dia, o senhor é o pai do bebê?”* Ele me olhou e logo respondeu: *“bom-dia... sim, sou!”* (DV com Gerânio – F2).

Violeta entrou na UTI por volta das 08h00min e então me aproximei e, após me apresentar como enfermeira da unidade, disse: *“bom-dia, Violeta! Como você está?”* Ela respondeu: *“bom-dia, estou bem!”* Percebi que Violeta estava com os olhos inchados e com o rosto marcado, talvez pela dobra do travesseiro. Seus cabelos estavam um pouco desajeitados, porém presos com uma presilha. *“Você veio ver o seu bebê?”* Ela respondeu: *“eu vim retirar o leite para dar a ela... estou com bastante leite... parece que meu peito vai estourar”* (DV com Violeta – F3).

Estava conversando com a pediatra de plantão, quando percebi uma moça, que caminhava lentamente em direção à incubadora de Girassol. Então fui até ela e me apresentei: *“bom-dia!... meu nome é Márcia, sou enfermeira e trabalho nesta unidade”*. Ela me olhou e respondeu: *“bom-dia!”* *“Você é a mãe de Girassol?”* Perguntei. Ela virou-se e, com um sorriso tímido, respondeu: *“sou sim!”* [...] Após uns 15 minutos, Tulipa entrou na UTI trazendo em suas mãos um copinho de leite que acabara de ordenhar. Apresentava expressão facial de cansaço, olheiras aparentes e olhos pequenos. Estava vestida com uma camiseta e uma saia comprida, abaixo dos joelhos, e chinelos fechados. Seus cabelos estavam penteados e amarrados para traz, em forma de trança. Ela se

aproximou da incubadora de Girassol e ficou olhando para os lados, parecia que estava procurando alguém. Então me levantei e fui ao seu encontro. Ao me aproximar, com um tom delicado de voz, perguntou: “oi, enfermeira... onde está a moça que está cuidando hoje do meu bebê?” Então disse: “Tulipa pode deixar comigo que já vamos dar para seu bebê... ela foi no refeitório tomar café e já está retornando” (DV com Tulipa – F5).

Nestes diálogos ficou perceptível que a enfermeira, por conhecer a UTIN e por essa ser a sua “casa”, antecipou-se e foi ao encontro das famílias, com a intenção declarada de ajudá-las a enfrentar o estresse inicial. Nesta fase, é imprescindível que a família seja recepcionada e acolhida no ambiente neonatal, a fim de favorecer ou mesmo dar condições para que a mesma inicie o vínculo com o neonato. Ao fazer isto, a enfermeira ajuda a família a tornar-se mais humanizada em uma situação particular de sua vida, ou seja, a vir-a-ser (PATTERSON; ZDERAD, 1979).

Cada família passa por esse período de adaptação de forma singular, visto que são constituídas por indivíduos únicos, com histórias de vida e experiências diferentes. Dessa forma, os sentimentos expressos, as formas de reagir, as atitudes e a aceitação variam de pessoa para pessoa e de família para família. Diante deste pressuposto, entendo que a enfermeira tem um importante papel neste contexto, pois, como cuidadora, permanece grande parte do tempo acompanhando a evolução do recém-nascido e as atitudes e emoções proclamadas pelas famílias. É fundamental que esteja presente durante o primeiro contato da família com o seu bebê para esclarecer as dúvidas, explicar sobre os equipamentos e o porquê da necessidade de cada um, além de compreender as diferentes reações desta família, bem como estimular a formação do vínculo família-recém-nascido, permitindo que sejam incluídos nos cuidados (GUIMARÃES, 2006). Isto ajuda a preparar melhor a família para o desafio do CCIP.

Quando a enfermeira dirige o seu cuidado a essa família, vendo-a em sua totalidade, busca maneiras de valorizar o seu potencial, entretanto devem-se respeitar suas decisões e limitações frente às situações vivenciadas. O interesse da enfermeira não deve estar direcionado apenas ao seu bem-estar, mas também ao seu estar-melhor (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Durante esta fase a enfermeira vai ao encontro das necessidades da família, no sentido de proporcionar-lhe um cuidado mais amplo, buscando familiarizá-la neste contexto complexo da UTIN, percebendo,

escutando atentamente os sentimentos que ali estão sendo gerados.

Aproveitei o momento e falei para Margarida e Magnólia sobre a rotina assistencial na unidade e também sobre o aparelho que estava ligado à criança, assim como sobre a importância desse aparato para a monitorização do pequeno bebê. À medida que eu falava, elas olhavam tudo atentamente e então Margarida perguntou: *“quanto tempo ele vai ficar aqui?”* Respondi: *“se ele estiver bem e começar a mamar, logo poderá ir para o quarto com a senhora.”* Percebi que, aos poucos, Margarida demonstrava estar mais tranquila. Olhava para o bebê e esboçava um sorriso. A mãe apoiava sua mão nos ombros da filha (DV com Margarida e Magnólia – F1).

Percebendo a curiosidade e a preocupação de ambas, comecei a mostrar os aparelhos que estavam ligados a Azaléa e sobre a importância de cada um deles. Elas me olhavam e escutavam atentamente, mas, ao mesmo tempo, parecia tudo muito distante para elas (pareciam escutar e não escutar, ao mesmo tempo) (DV com Margarida e Magnólia – F1).

Então me apresentei e aos poucos fui familiarizando-o com o ambiente da UTI, começando pela rotina da unidade. Ele parecia um pouco assustado com o alarme do sensor de oxímetro que estava conectado no pé do bebê e, conforme o bebê se movimentava, o alarme disparava. Então disse a Gerânio: *“não se preocupe, o alarme desse sensor é sensível e quando o bebê se mexe o aparelho não faz a leitura correta e então o alarme dispara”*. Gerânio começou a olhar tudo que estava conectado ao seu bebê e observando o CPAP que estava instalado, perguntou: *“ele tem que ficar com esse caninho no nariz?... parece que incomoda ele!”* Percebi que o pai apresentava muitas dúvidas sobre a aparelhagem que cercava seu bebê. Procurei falar de uma forma clara e compreensível sobre cada um dos aparelhos e a importância deles para a recuperação do RN (DV com Gerânio – F2).

Enquanto falava, seus olhos estavam atentos aos equipamentos que cercavam Amor-Perfeito, desviando seu olhar, às vezes, para ele. Então aproveitei o instante de intersubjetividade e falei, numa linguagem simples, para que servia cada equipamento, e a importância deles para o tratamento e a recuperação do bebê. Gérbera aceitava minhas ponderações e explicações, enquanto seguia ao meu lado (DV com Gérbera – F4).

[...] aproveitei o momento e falei com Tulipa sobre os outros equipamentos que estavam conectados ao seu filho e também sobre a rotina da unidade. [...] Tulipa acompanhava tudo atentamente e em seguida perguntou: *“esta bomba é que leva o soro para o Girassol?”* Respondi: *“sim Tulipa... agora o que seu bebê está recebendo é nutrição parenteral... como seu bebê ainda não está recebendo leite pela sonda, a pediatra solicitou uma solução especial que contém os componentes necessários para alimentar Girassol, através da veia, por este cateter que está no umbigo dele”* (apontei para o cateter). Atenta às suas reações, falei sobre o cateter umbilical, e introduzi, procurando falar de uma maneira simples e sincera, sobre a possibilidade de realizar um CCIP em Girassol (DV com Tulipa – F5).

Por volta das 08h00min, eu estava na sala de reuniões quando vi Gérbera passando pelo corredor de acesso à UTI. Ao vê-la, levantei e fui ao seu encontro, falando: *“bom-dia, Gérbera... ela se virou e olhando para mim, respondeu: “bom-dia!”* Continuei: *“tudo bem com você?”* Ela parecia ter acabado de acordar, sorriu e disse: *“eu vim ver como está o meu bebê”* (DV com Gérbera – F4).

Após o almoço, por volta das 13h00min, fui até o Alojamento Conjunto para conversar com o casal sobre o procedimento do CCIP que seria realizado em Girassol. Chegando lá, bati na porta e pedi licença. Ao entrar no quarto, encontrei Tulipa, seu companheiro (Alecrim) e Camélia, que estava fazendo uma visita ao casal. Eles estavam conversando e ouvi, no momento em que entrei que estavam falando algum assunto que se referia ao Girassol. Tulipa, ao me avistar, comentou: *“oi... acabei de falar para o Alecrim que você viria aqui conversar com a gente”*. Senti o clima um pouco tenso quando entrei no quarto e percebi que Alecrim estava um pouco inquieto. Então falei: *“boa-tarde, meu nome é Márcia e sou enfermeira da Unidade Neonatal. Vim até aqui para saber como vocês estão e falar sobre um procedimento que vamos realizar no bebê de vocês, mas percebo que estão conversando e resolvendo algumas questões, não é mesmo? Não quero atrapalhar. Assim que quiserem e puderem, é só me chamar. Estou com Girassol, lá na Unidade, está bem?”* (DV com Tulipa, Alecrim e Camélia - F5).

Pelos diálogos vívidos, pode-se perceber que mesmo receosas em relação ao que estavam vivenciando, todas as famílias foram receptivas, dando abertura para uma aproximação, facilitando assim uma interação

e uma relação intersubjetiva. Conforme Paterson e Zderad (1979), o encontro não poder ser conduzido ou forçado, ele deve ocorrer naturalmente, sendo que tanto o EU quanto o TU devem mostra-se disponíveis. Neste encontro genuíno, a relação EU-TU é a responsável por guiar um modo de ser da enfermeira, em que ações de enfermagem como um simples bom-dia, o estar-com a família nos momentos de visitas à criança, o silêncio e as explicações sobre os equipamentos que envolvem o bebê são importantes para que a primeira etapa da Enfermagem Fenomenológica seja vivida de forma plena e sem subterfúgios. Nesta situação a enfermeira se coloca no lugar do outro, e assim, obtém, além do consentimento para continuar atuando, um conhecimento especial do outro ser ou da outra família com quem co-atua. Paterson e Zderad (1988) concebem esta situação como a fusão do *self* com o espírito rítmico do outro.

Outro aspecto evidenciado durante os diálogos vividos na preparação para a instalação do CCIP, nos momentos de encontro, relaciona-se com a possibilidade de reconhecimento das singularidades de cada ser e de cada família, diante de suas necessidades mais prementes. Essa para mim foi uma maneira de “vivenciar o outro intuitivamente”, sem deixar de inseri-las nas referências do conhecimento científico. Colocar-me disponível e aberta para o encontro permitiu que prestasse atenção, não apenas para os imperativos orgânicos e físicos, mas também para o que lhes estava provocando incômodo ou mesmo algum desconforto em nível simbólico, interhumano, e voltado à experiência de viver aquela(s) situação(ões) conflitiva(s). Percebi que para que haja um **verdadeiro encontro** é fundamental **perceber** o outro, buscando compreender seus sentimentos, e isso significa ir além do que se mostra, procurando aproximar-se da **essência** dos seres que integram a família, compreendendo que os mesmos possuem sentimentos, valores e potenciais, mas também, limitações.

Após a passagem do plantão, fui até a incubadora de Orquídea para avaliar sua rede venosa para a instalação do CCIP. Ela estava acordada e se mexia constantemente. Abri as portinholas da incubadora delicadamente e falei baixinho com ela, para não assustá-la. Mas após tocá-la, ela começou a chorar. Procurei aconchegá-la, colocando minhas mãos sobre seu corpo, em forma de contensão, na intenção de acalmá-la. Ela parecia incomodada com o barulho que o ar comprimido fazia dentro da oxitenda e então a retirei um pouco dali, mantendo o oxigênio

por perto e a enrolei em um cueiro. Disse: *“pronto Orquídea... agora vou dar um colinho para você!!!”* Ela parou de chorar e a funcionária que estava ao meu lado falou: *“o pessoal do noturno nos passou que ela fica quietinha quando está no colo... esses bebês já sabem desde pequenos o que é realmente bom!”* Então falei: *“com certeza é melhor o aconchego de um colo do que a incubadora, ainda mais com o barulho constante dentro da oxitenda, por causa do ar comprimido... se para nós incomoda, imagine para esses seres tão pequenos e frágeis...”* e olhando para Orquídea, que parecia já sonolenta e aninhada nos meus braços, completei: *“veja só, ela já está dormindo e parece tranquila”*. A funcionária se aproximou e disse: *“realmente, você tem razão. Esse barulho constante nos ouvidos desses bebês deve irritar muito!”* Fiquei com Orquídea alguns minutos no colo e percebi que ela estava mais calma, seu semblante estava tranquilo e, ao olhar para o monitor, percebi que seus batimentos cardíacos voltaram ao normal e sua oxigenação estava boa. Em seguida, coloquei-a delicadamente, novamente, dentro da incubadora, para que ela não acordasse (DV com Orquídea e uma funcionária da UTIN).

[...] solicitei a Hortência que me acompanhasse até a pia de lavagem das mãos e em seguida fui pegar um avental para ela entrar na UTI. Enquanto ela vestia o avental falei: *“bem, dona Hortência... meu nome é Márcia e sou enfermeira aqui da Unidade Neonatal... vou acompanhá-la até a UTI para a senhora ver como está o bebê da Gérbera.”* Ela abriu um sorriso e falou: *“obrigada, minha filha... assim posso ter alguma notícia para levar para a Gérbera... assim ela fica mais tranquila.”* Hortência parecia preocupada e um pouco ansiosa com a situação (DV com Hortência, tia de Gérbera – F4).

[...] Tulipa se retirou e fiquei pensando sobre o sofrimento que o casal estava vivenciando naquele momento e que seria importante que o serviço de psicologia os acompanhasse durante o período de internação do bebê (DV com Tulipa – F5).

[...] percebi que Gerânio parecia preocupado com a aflição de sua esposa em relação à internação do RN. Propus: *“o senhor gostaria que eu fosse até o quarto conversar um pouco com sua esposa sobre como está o bebê?”* Ele me olhou e respondeu: *“acho que sim... assim ela se acalma um pouco”*. Então combinei com ele que quando terminasse de fazer os cuidados com seu bebê, eu iria até o Alojamento conversar com Rosa. Gerânio ficou mais alguns minutos na unidade e depois me entregou o

avental e comunicou: “*vou estar lá no quarto com a Rosa...*” (DV com Gerânio – F2).

[...] depois de alguns minutos ela falou: “*bem... eu vou ao quarto de Gérbera para ver como ela está a pressão dela ainda está alta... vou lá para dar notícias do seu bebê... ela está muito preocupada com ele*”. Então, enquanto ela retirava o avental, e percebendo sua preocupação com Gérbera, perguntei: “*a senhora gostaria que eu fosse até o quarto de Gérbera para falar com ela sobre o bebê?*” Ela me olhou admirada e disse: “*você poderia fazer isto? Acho que seria bom... assim você pode explicar melhor o que está acontecendo com o bebê dela*”. Então combinei com Hortência que iria mais tarde conversar com Gérbera, pois precisava realizar alguns cuidados de enfermagem antes. Ela então, já saindo da unidade, acrescentou: “*muito obrigada, enfermeira, por ter me deixado entrar e ver o bebê... agora estou mais tranquila!*” (DV com Hortência, tia de Gérbera – F4).

A pediatra não quis comentar sobre o que havia acontecido no Centro Obstétrico e deteve-se em dialogar com a mãe a respeito do tratamento que estava sendo realizado dentro da UTI Neonatal, enfatizando que o importante naquele momento era cuidar bem de Girassol para ele se recuperar logo. Comentou também que por causa do diagnóstico de asfíxia, ela iria solicitar uma avaliação cardiológica para Girassol. Fiquei em silêncio, acompanhando o diálogo entre a mãe e a pediatra e percebi que Tulipa estava fragilizada e traumatizada com tudo que acontecera. Então disse: “*acredito que não deve ter sido fácil para vocês, mas agora temos que pensar no seu bebê... vamos cuidar bem dele e fazer de tudo para que ele se recupere logo*” (DV com Tulipa).

Vivenciar o intuitivo numa relação exige da enfermeira observação, sensibilidade e reciprocidade, ultrapassando os limites dos processos rotineiros aos quais estamos tão habituados na nossa prática diária (OLIVEIRA, 1998). Reconhecer a singularidade do bebê e sua família, nesse momento particular da vida, requer respeitarmos profundamente sua condição humana, incluindo-se aí, seus sentimentos diante do desconhecido. Assim, é necessário preparo contínuo de toda a equipe de saúde que cuida, deixando emergir a sensibilidade, estabelecendo a empatia, colocando-se na situação do outro e procurando enxergar sua visão do mundo. Quando adotamos esse modo de agir, ampliamos nossa receptividade e disponibilidade para ouvir,

tocar, relacionar-se e dialogar.

A Teoria de Enfermagem Humanística traz a concepção de que é por meio da expressividade do humano que se revela o modo de existir singular de cada um, considerando as vivências próprias de cada ser. Diante de uma mesma situação, cada EU experiencia sentimentos e percepções que lhe são únicas. A expressividade do ser humano não se dá somente por palavras, mas por silêncios, gestos, atitudes, entre outras formas de expressões (PATERSON; ZDERAD, 1979). E é neste mundo complexo e diversificado que o cuidado acontece.

Conforme Buber (1979), o mais importante pré-requisito para conhecer o outro intuitivamente é a capacidade de reconhecer o outro com singularidade, respondendo a esta condição sem se impor e perpetuando a capacidade de surpresa e questionamento, ou seja, estando realmente com o outro, mostrando-se presente e presença.

Assim, para que ocorra o verdadeiro encontro, a partir do cotidiano, ou seja, das ações de enfermagem, é necessário que a enfermeira e a família estejam disponíveis um para o outro, escutando e valorizando desejos, sentimentos e comportamentos para que, juntos, possam vivenciar e planejar um cuidado adequado e humanizado para o recém-nascido. Para isso, é necessária a compreensão do significado das experiências do outro, estando a enfermeira disposta a ir além da competência técnica e do domínio biológico, no encontro com o outro (MERCÊS; ROCHA, 2006).

No encontro, assim que a enfermeira se aproxima da família, é necessário **percebê-la por inteiro**, numa dimensão que ultrapassa as suas expressões ditas e as não ditas, buscando contextualizá-las, cientificamente, mas, especialmente, intuitivamente, nas expressões não ditas e invisíveis ao primeiro olhar.

6.1.2 A enfermeira está-com-a-família de forma autêntica (o relacionar-se)

Nas situações vivenciadas durante o período de hospitalização na UTIN, onde o foco está voltado para o quadro clínico e aos procedimentos técnicos aos quais o recém-nato é submetido, muitas são as dúvidas, receios e também sofrimentos das famílias que estão presentes. Pude perceber, durante os diálogos vividos, que muitos questionamentos eram feitos com frequência, particularmente sobre as condições de vida do bebê. Ao mesmo tempo, percebi que as famílias se

mostravam confortáveis em questionar, talvez por terem sentido abertura da enfermeira, durante a vivência do encontro, na etapa pregressa da Enfermagem Fenomenológica. O fato da enfermeira estar-com-a-família, autenticamente, partilhando todas as informações pertinentes ao progresso da criança e aos procedimentos a que seria submetida, oportunizaram “o relacionar-se” sem constrangimentos, como se constata nos trechos a seguir.

Ela olhou para Magnólia e as duas ficaram admirando o bebê, que, aos poucos, começava a se mexer. Então Margarida perguntou: “*e ele, como está?*” Respondi: “*ele está estável, mas ainda precisa ficar na unidade neonatal para ver como será sua evolução, principalmente nas primeiras 24 e 48 horas após o nascimento.*” [...] procurei informá-las resumidamente em que consistia tal procedimento e garanti que logo, mais tarde, teríamos tempo para conversar mais sobre isso e tirar todas as dúvidas sobre o procedimento (DV com Margarida e Magnólia – F1).

Aproveitando o assunto, mostrei para Rosa o cateter umbilical que estava no bebê e falei: “*a senhora está vendo esse cateter aqui no umbigo dele?*” Ela fez um movimento positivo com a cabeça e então completei: “*esse cateter foi passado logo depois que ele nasceu para receber todas as medicações necessárias, os soros, a NPT e agora teremos que trocá-lo por outro cateter, que será puncionado em um dos braços.*”... [...] então, passei álcool em minhas mãos e mostrei a ela o cateter inserido no umbigo no bebê, e respondi: “*esse cateter tem um tempo limitado para ficar no bebê, que é no máximo cinco dias. Depois disso tem o risco de dar infecção porque o umbigo é uma região de fácil contaminação... então temos que passar um outro cateter no seu bebê para continuar o tratamento...*” (DV com Rosa – F4).

Diante da explícita ansiedade, mostrei para Violeta que o cateter que estava no umbigo do bebê precisava ser retirado... e antes de eu continuar falando, ela perguntou: “*não dá para ficar com esse aí?*” (apontando para o cateter umbilical). Então respondi: “*esse cateter do umbigo fica até cinco dias, depois disso retiramos para evitar principalmente o risco de infecção... e como o bebê precisa ainda receber medicamentos e alimentos (nutrição parenteral) pela veia, precisamos passar outro cateter até que ela esteja bem clinicamente e comece a mamar*” (DV com Violeta – F3).

[...] ela abaixou os olhos, um pouco apreensiva sobre o que ouvia a respeito do quadro clínico do bebê. Na tentativa de minimizar a situação, falei: *“como você já sabe, seu bebê é prematuro. Logo após o nascimento precisou ser internado na UTI Neonatal e está respirando com ajuda de aparelhos e sendo monitorado.”* Então me aproximei um pouco mais do seu leito e disse: *“Gérbera, os bebês prematuros nos surpreendem a cada dia... estamos cuidando bem de seu filho e todos os cuidados estão sendo realizados para que ele se recupere bem... a nossa UTI é um lugar especializado para dar assistência de qualidade a esses bebês”* (DV com Gérbera – F4).

[...] ela olhava tudo atentamente e quando falei sobre a bomba de infusão, justifiquei também a necessidade da terapia intravenosa, que era fundamental para a recuperação da criança. Gérbera comentou: *“quando vim visitar Amor-Perfeito pela primeira vez, a enfermeira me disse que tiveram que colocar este cateter para ele receber soro.”* Procurei explicar do que se tratava a terapêutica, nas minúcias requeridas por Gérbera, enquanto ela apoiava a mão sobre o queixo, numa explícita disponibilidade de ouvir cada frase que eu pronunciava (DV com Gérbera – F4).

Por volta das 08h00min, Gérbera entrou na UTI para visitar o filho. Aproximei-me dela e a cumprimentei: *“bom-dia Gérbera, tudo bem?”* Ela respondeu: *“bom-dia, eu estou bem, e meu bebê como está?... teve algum problema?”* Conversei sobre o evento do cateter umbilical que tinha apresentado vazamento, esclarecendo que uma veia periférica fora punccionada, mas que hoje seria realizado o procedimento do CCIP para continuar a terapia intravenosa. Gérbera então constatou: *“eu estava aqui quando a enfermeira da noite falou que o cateter do umbigo estava vazando e que vocês hoje iriam passar outro cateter”* (DV com Gérbera – F4).

A enfermeira, ao fornecer as informações para as famílias sobre o que está acontecendo com o recém-nascido, no período pré-inserção do CCIP, “está com o outro”, vale dizer, “relaciona-se” (PATTERSON; ZDERAD, 1988). Este relacionar-se não implica tão somente numa aproximação física, mas num estar com o outro de modo intencional e intenso. A enfermeira neonatal complementa os saberes da família para que se sinta preparada para fazer escolhas com responsabilidade.

Conforme Buber (1979), existem três dimensões para o relacionar-se: uma delas, envolvendo a perspectiva sujeito-sujeito

(relação EU-TU), outra, como sujeito-objeto (relação EU-ISSO), e ainda outra, como sujeito com outros seres humanos (relação EU-NÓS), sendo todos esses elementos integrantes da Enfermagem Humanística. Por isso, quando as famílias solicitaram informações referentes ao quadro clínico de seus bebês, ou mesmo sobre as intervenções que seriam realizadas, o diálogo continuou a ser colocado em foco, sob os trilhos das três dimensões apontadas por Buber e reforçadas por Patterson e Zderad. Em minha avaliação, toda informação clínica ou mesmo a explicação sobre o procedimento (ISSO) que a criança viria a sofrer fornecida pela enfermeira (EU) por meio do seu conhecimento técnico-científico, possibilitou estar-com-a-família nestes momentos de forma autêntica, contribuindo desta forma para que os indivíduos, inseridos neste contexto, pudessem ter a oportunidade de vir a ser-mais.

Outro ponto evidenciado nos diálogos foi à preocupação da enfermeira em relação ao estado de saúde da puérpera, visto que a maioria das mães não pôde relacionar-se com seus bebês, logo após o nascimento, devido às condições críticas dos mesmos, que foram encaminhados diretamente para a UTIN. Estas mães, por estarem em pós-parto cirúrgico, sentiam muitas dores, e tinham dificuldades de se locomoverem até a unidade. Desta forma, a enfermeira procurou mostrar-se disponível para as necessidades destas mulheres, indo ao encontro das mesmas nas unidades de Alojamento Conjunto, seja para a primeira aproximação, ou para as subseqüentes, sempre que houve demandas nesse sentido. Isso reforçou a relação intersubjetiva e proporcionou conforto para as famílias.

Fui até o Alojamento Conjunto e entrei no quarto de Margarida. Ao encontrá-la, perguntei: *“você está melhor da dor?”* Margarida disse: *“a moça acabou de me dar um remédio... acho que daqui a pouco a dor vai aliviar.”* [...] Minutos após, Margarida comentou que estava com dor no local da cesárea e que gostaria de ir para o quarto. Então perguntei: *“posso ir até o seu quarto, daqui a pouco, para conversarmos sobre isso?”* Ela respondeu: *“sim, vai ser melhor. Preciso mesmo descansar um pouco..”*. (DV com Margarida – F1).

Percebi que Gerânio parecia preocupado com a aflição de sua esposa em relação à internação do RN. Propus: *“o senhor gostaria que eu fosse até o quarto conversar um pouco com sua esposa sobre como está o bebê?”* Ele me olhou e respondeu: *“acho que sim... assim ela se acalma um pouco.”* Então combinei com ele que quando terminasse de fazer os

cuidados com seu bebê, eu iria até o Alojamento conversar com Rosa. Gerânio ficou mais alguns minutos na unidade e depois me entregou o avental e disse: “*vou estar lá no quarto com a Rosa!*” (DV com Gerânio – F2).

Percebi que Tulipa estava um pouco pálida, com a face um pouco franzida, a postura estava encurvada e com as mãos apoiadas em sua barriga. Perguntei: “*tudo bem com você?*” Ela me olhou e esboçou um sorriso, dizendo: “*estou bem sim... só estou com dor no local dos pontos por causa do parto... quando ando dói um pouco*”. Então peguei uma cadeira e disse: “*quem sabe você senta um pouco aqui perto de seu bebê, enquanto eu acomodo melhor ele na incubadora*”. Tulipa agradeceu e ficou olhando para o filho enquanto eu lavava as minhas mãos. [...] Tulipa fechou a portinhola da incubadora e disse: “*acho que vou para o quarto descansar um pouco... depois eu volto para tirar o leite para o próximo horário*.” Então falei: “*isto mesmo! Descanse enquanto ele está dormindo. Depois conversamos melhor sobre o procedimento que precisamos realizar em seu bebê. Agora precisamos cuidar “de você”*” (DV com Tulipa – F4).

Por volta das 08h00min, eu estava na sala de cuidados intermediários conversando com outra mãe (Gérbera), quando avistei Rosa entrando na UTI para ter com seu bebê. Parecia estar mais disposta e com melhor aparência. Estava com os cabelos amarrados e com um vestido preto. Depois de alguns minutos fui ao seu encontro e disse: “*bom-dia, Rosa! Como está?*” Ela me respondeu: “*graças a Deus eu estou melhor e agora só falta meu menino melhorar logo...*” Então lhe disse: “*que bom Rosa, estou feliz por você!*” Enquanto isso, se dirigia à incubadora, falando com o filho carinhosamente, expressando seu sentimento materno. Fiquei um pouco ao seu lado, observando o jeito meigo e delicado com que interagia com seu bebê (DV com Rosa – F2).

Rosa parecia confusa e começou novamente a chorar. Diante disso, questionei: “*a senhora está bem?... quer sair um pouco e tomar um pouco de água?*” Ela ficou em pé e, apoiando a barriga com as mãos, falou: “*achou que vou para o quarto, estou com um pouco de dor, depois eu volto*.” Então acompanhei Rosa até o seu quarto e no caminho fui tentando acalmá-la. Chegando lá ajudei a deitar-se no leito, estimulando: “*tente descansar um pouco!*” (DV com Rosa – F2).

Por volta das 11h00min, fui ao setor de Alojamento Conjunto para

visitar Gérbera. Ao chegar lá, bati na porta e pedi licença para entrar. Hortência, que estava sentada em uma cadeira, levantou-se e foi ao meu encontro, falando: “*oi enfermeira! Pode entrar...*” e, voltando-se para Gérbera, que estava no leito, continuou falando: “*Gérbera, esta aqui é aquela enfermeira de quem eu estava falando pra você, ela veio falar sobre o estado do seu bebê.*” Gérbera estava na cama, semi-sentada, e com travesseiros apoiando as costas. Percebi que sua face estava um pouco pálida e edemaciada. Exclamei: “*bom-dia Gérbera, como você está?*” Ela, na tentativa de se ajeitar um pouco na cama, respondeu: “*oi, agora estou bem melhor, somente a dor no local dos pontos da cesárea.*” Ela fazia expressão facial de dor, franzindo a testa e espremendo os olhos, enquanto se acomodava melhor no leito (DV com Gérbera e Hortência – F4).

De acordo com Nascimento e Trentini (2004, p. 84), “a relação EU-TU é uma atitude de genuíno interesse na pessoa com quem estamos interagindo verdadeiramente como pessoa. Isso significa que valorizamos sua singularidade, reconhecendo-a como um ser existencial.” Essa relação envolve uma visão total do ser, com uma relação de plenitude entre os sujeitos e de intersubjetividade. Numa relação de outro tipo, quando o interesse não é singular, e sim, voltado às necessidades vagas e globais dos seres humanos que vivenciam situações similares, não existe um encontro genuíno entre pessoas, mas sim, voltado a aspectos universais e abrangentes. Aí a pessoa vira um ser qualquer e o profissional, um interventor qualquer, ou seja, não há singularidade e nem importância relacional na aproximação de seres que cuidam e de seres que são cuidados. A relação que a enfermeira impulsiona tem por objetivo o bem-estar e o estar-melhor da família, que participa como sujeito ativo do processo, e que vê na enfermeira possibilidades de ajuda e de suporte nas diferentes situações vivenciadas no contexto da UTIN.

Outra situação vivenciada na etapa de pré-inserção do CCIP, e que envolve o relacionar-se, diz respeito aos momentos em que as famílias demonstraram desejo de que outros membros da família pudessem visitar o recém-nascido na UTIN, e também que os outros irmãos pudessem encontrar-se com o recém-nascido, uma vez que entendiam que esta estratégia viria a contribuir para o bem-estar e estar melhor de todos, mesmo que essa prática não fosse algo sistemático nas rotinas institucionais. Visando aderir às demandas familiares e promover a relação intrafamiliar, dialoguei com os demais elementos da equipe

neonatal, para que tal prática fosse utilizada. Após várias negociações, nem um pouco simples, decidimos que as famílias programariam as visitas que gostariam que acontecessem, agendando-as, então, com antecedência, junto aos plantões respectivos.

Depois de algum tempo ela me olhou e perguntou: “*será que minha filha de três anos poderia ver o Lírio?... ela só fala no mano e que queria ver ele.*” Então comentei sobre a decisão tomada junto à equipe. Antes mesmo de terminar, ela exclamou: “*nossa! Minha menina vai ficar muito feliz, vou ligar para meu marido para ele falar para ela.*” Completei: “*vou deixar já avisado sobre a visita da sua filha para a enfermeira do plantão*”. Rosa estava tão feliz que logo saiu da unidade dizendo que iria telefonar naquele momento para seu esposo (DV com Rosa – F4).

Gérbera estava fragilizada por ter que ficar longe de seus filhos. Como forma de ajudá-la, sugeri que conversasse com o esposo para trazer as crianças no fim de semana, para eles conhecerem Amor-Perfeito. Passando a mão na face para secar as lágrimas, perguntou: “*eles vão poder ver o Amor-Perfeito dentro da UTI?*” Respondi: “*sim, Gérbera! Posso combinar um melhor horário para eles entrarem e visitar o irmãozinho... se eles virem Amor-Perfeito pequenininho e dentro da incubadora, acredito que pode ser uma maneira de eles entenderem o porquê que você tem que ficar aqui na maternidade.*” Ela sorriu e disse: “*acho que é uma boa idéia... vou ligar para o Girassol e falar para ele trazer as crianças... aproveito e falo para minha tia Hortência para cuidar deles quando eles vierem... ela vai adorar quando souber que meus filhos vão vir... ela já ficou chateada porque eu vim e não trouxe eles, mas era para ser uma viagem rápida de negócios e acabou não terminando.*” Gérbera levantou-se e, mais tranquila, falou: “*obrigada pela ajuda! Que bom que eles vão poder vir conhecer Amor-Perfeito... assim fico mais calma e posso ver como eles estão, estou com muita saudade dos meus meninos.*” Disse à Gérbera que compreendia a situação nova que ela estava vivenciando e que estava ali para tentar ajudar no que fosse possível. Ela saiu da unidade dizendo que iria ligar para o esposo (DV com Gérbera – F4).

Fui até a entrada da unidade e solicitei que a avó de Orquídea entrasse e, após a lavagem das mãos, acompanhei-a até a incubadora. Chegando lá, ela abriu um sorriso e exclamou: “*nossa! Como ela está diferente. Está tão parecida com o pai!*” Perguntei: “*quando foi que a senhora viu sua*

neta?” Ela me olhou e respondeu: “*só quando nasceu, depois não vi mais! Estou cuidando de outra neta porque minha outra filha trabalha o dia inteiro... queria estar mais perto da Violeta, mas sei que aqui ela está bem e depois vou ajudar a cuidar dessa aqui também.*” Percebi que a avó estava emocionada de estar tão próxima da neta. Seus olhos se encheram de lágrimas, ao mesmo tempo em que justificava sua ausência involuntária [...]. Ela agradeceu por esta oportunidade e foi saindo juntamente com Violeta. Depois de alguns minutos, Violeta retornou e falou: “*Márcia, minha mãe ficou contente porque conseguiu ver Orquídea. Te agradecemos demais*” (DV com Violeta e Acácia – F3).

Através da relação sem máscaras, voltadas às demandas existenciais das famílias, mas sem obscurecer a formalidade, a arbitrariedade de algumas rotinas institucionais e as contradições existentes entre a prática e o seguimento dos princípios do SUS voltados à humanização da assistência, a enfermeira integra-se às famílias, vislumbrando-as como seres únicos, singulares e que precisam de ajuda, em suas múltiplas dimensões.

6.1.3 A enfermeira mostra-se disponível, receptiva, interessada para acolher a família (a presença)

Nas situações vivenciadas durante esta etapa de pré-inserção do CCIP, procurei estar aberta e disponível para as famílias, focalizando o momento existencial de cada uma frente a esta nova experiência.

Para que a relação dialógica aconteça é imprescindível que a enfermeira seja, não apenas tecnicamente competente, como uma relação do sujeito com o objeto, mas também, através de uma relação sujeito com o sujeito, ou seja, autêntica. Conforme Buber (1977), a relação autêntica é a categoria existencial por excelência, quando ajuda na compreensão da realidade, por meio da experiência vivida (ação) e da reflexão (pensamento). Assim, no contexto vivido pelas famílias que se vêem diante do processo de hospitalização de seus filhos recém-nascidos, o papel da enfermeira é fundamental, pois além de estar presente fisicamente, também está acessível, disponível e receptiva. Isto significa não somente que está à disposição do outro, mas, inequivocamente, que “está com o todo dele”, conforme reflete Nascimento (2003, p. 78).

Nos diálogos a seguir pode-se perceber que tentei introduzir o assunto do CCIP a ser realizado nos bebês, mas, a tempo, compreendi que, o momento não era o mais adequado. Então, procurei exercitar “a presença”, estando-com as famílias nas situações que lhes pareciam ser mais importantes, ou seja, para as famílias o bem-estar e o estar melhor estavam direcionados para outras necessidades e não para a possibilidade de submeterem-se ao CCIP.

As lágrimas de Gérbera começaram a rolar pelo rosto. Com a voz um pouco trêmula, desabafou: “*Deus me livre se acontecer alguma coisa com ele... meus meninos estão esperando muito pelo irmão, eles me ajudaram a arrumar o quartinho dele!*” [...] Percebi que Gérbera estava triste e fragilizada. Deixei-a continuar. Enquanto secava as lágrimas, voltou a exteriorizar: “*queria muito ver ele!*” Então falei: “*Gérbera, tente descansar um pouco e assim que você levantar e estiver melhor, poderá ir até a Unidade Neonatal ver o seu bebê... ele vai precisar muito da mamãe por perto.*” [...] ao interpretar a situação, resolvi não falar mais sobre o procedimento do CCIP a ser realizado em Amor-Perfeito. Ao invés disso, buscando confortá-la, falei que não precisava se culpar pelo que tinha acontecido, e que a interrupção da gestação era necessária para salvar a vida do bebê e também a dela. Fiquei ao seu lado em silêncio, observando-a interagir com o filho, que se mexia ao ser tocado por ela, dentro da incubadora (DV com Gérbera – F4).

Naquele dia, intuí logo que o objetivo de falar sobre o procedimento do CCIP a ser realizado teria que ser retardado, pois o foco de Tulipa era outro. Girassol chorava copiosamente, fazendo com que seu estridor se intensificasse ainda mais. Tulipa estava absorta com o filho: “*calma, calma, bebê... logo este chiado vai passar e você vai conseguir respirar melhor.*” Acomodamos Girassol na incubadora e apaguei as luzes, enquanto Tulipa permanecia segurando a mãozinha dele. Fiquei por perto, observando-os em silêncio. Aos poucos Girassol foi se acalmando e conseguindo respirar melhor. [...] Ela gentilmente voltou-se em minha direção e disse: “*desculpe... você estava falando sobre o cateter que vão ter que passar e eu nem prestei atenção direito*”. Disse a ela que não precisava se desculpar, pois entendia que naquele momento estava preocupada com a respiração dele. Assegurei que não se preocupasse e que assim que quisesse, voltaríamos a conversar sobre o tratamento a ser instituído, a fim de melhorar as condições físicas do bebê. (DV com Tulipa e Girassol – F5).

Fiquei ouvindo em silêncio o que ele falava. Depois de alguns minutos, tentei voltar ao assunto: *“Alecrim, imagino que não deve ter sido fácil o que vocês passaram... o seu bebê agora precisa de cuidados especializados e é por isso que ele está lá na UTI. Vamos cuidar bem dele e fazer tudo que for possível para que ele saia bem e que possa ir logo para casa com vocês... a nossa unidade é bem preparada, com profissionais qualificados e equipamentos e materiais para atender todos os bebês que precisam recuperar sua saúde.”* [...] Percebi que Alecrim, ao relembrar as cenas do que havia acontecido, ficou um pouco emocionado, e então, para tentar minimizar a situação, falei: *“bem, não podemos voltar no tempo... agora o bebê de vocês está na Unidade Neonatal para receber cuidados especializados e tudo que for necessário para recuperá-lo, será feito pela equipe. Sei que é difícil, mas peço a compreensão de vocês e vamos concentrar nossas energias em coisas boas e acreditar que o filho de vocês vai melhorar e ir logo para casa”* (DV com Alecrim – F5).

A enfermeira, nesse caso, deve estar aberta e disponível, revelando-se presente, sendo que a família também precisa ser vista como presença, como um ser-aí, e não apenas como uma organização que possui um bebê internado na UTIN. Em minha interpretação, esta presença genuína envolve reciprocidade e sintonia, pois a enfermeira deve ser sensível com as famílias, ouvindo-as com todo o seu ser, e respeitando-as nas suas particularidades, já que cada ser humano sente a passagem do tempo e percebe o espaço diferentemente, de acordo com o que está acontecendo na sua vida, naquele determinado momento (PATERSON; ZDERAD, 1979). Por isso, é imprescindível respeitar o outro no ritmo do outro. A vivência da experiência não acontece cronologicamente igual para todos.

Isso me remete à ênfase que as teóricas enfatizam, ao sinalizarem que o conforto que a enfermeira proporciona, é evidenciado quando *“uma pessoa é livre para ser e vir-a-ser, controlar e planejar o seu próprio destino, segundo seu potencial em uma situação particular”* (PATERSON; ZDERAD, 1979, p.177, tradução nossa). Além disso, também confirma que a presença está baseada no olhar para a família sob a ótica do outro, procurando oferecer o que no fundo todos querem receber. Desta forma, o estar-presente é compreender e respeitar o momento existencial de cada família e estar-com-ela em todas as situações.

6.1.4 A enfermeira chama-e-responde-com-a-família (chamados/respostas)

Desde o momento em que se iniciou uma relação intersubjetiva entre a enfermeira e a família, assim que se soube que a criança seria possivelmente submetida ao CCIP, muitos movimentos de chamados/respostas foram impulsionados. No cotidiano da UTIN e do Alojamento Conjunto ocorreram inúmeros chamados verbais e também muitos não-verbais. Para percebê-los, tive que estar aberta ao todo da experiência, reconhecendo as singularidades, por intermédio do diálogo vivido. Acredito que a comunicação centrada na família (e não, necessariamente, na técnica em si) permitiu que as dúvidas em relação ao procedimento que seria realizado, fossem dirimidas aos poucos, sem afetação, sem pressa, mas permanentemente atenta aos sinais verbais e não verbais expressados por cada um dos integrantes da família. Neste movimento foi dada abertura para que quaisquer sentimentos viessem à tona, fossem aqueles relacionados com o sucesso ou com o insucesso da técnica, ou mesmo às emoções que poderiam vir a ocorrer durante a execução da mesma. Tudo isso foi partilhado com a enfermeira e esta pôde suprir as necessidades da família, contribuindo para seu bem-estar e estar melhor.

Tanto os chamados verbais como não verbais ocorreram durante os diálogos vividos. Entretanto, a enfermeira através de sua percepção e intuição procurou atentar principalmente para os chamados não-verbais, não que o verbal não fosse importante, mas a linguagem não verbalizada estava embutida nas expressões faciais, na postura, no comportamento das pessoas. Percebi que estes chamados, muitas vezes, revelavam sentimentos que sequer poderiam ser exteriorizados por meio da voz. No diálogo a seguir, apresento um exemplo desta afirmação.

Gérbera ficou parada, de braços cruzados e com os olhos fixados nas mãos da profissional que realizava a punção periférica. Amor-Perfeito encolheu-se, ao ser punccionado, franzindo a testa com fâcies de dor e, imediatamente, começou a chorar. Percebi que Gérbera estava aflita e demonstrava em sua face uma expressão de piedade ao ver o filho naquela situação. Ao perceber que a funcionária não teve sucesso na punção venosa, Gérbera se afastou da incubadora com os olhos cheios de lágrimas e em seguida saiu da UTI e ficou aguardando na entrada da unidade (DV Gérbera – F4).

Já, o chamado verbal, embora mais direto, também era sensível à experiência da família, e sempre que expressado, me levavam a atendê-lo prontamente. Inúmeras e incontáveis vezes respondi às famílias sem subterfúgios, mantendo, contudo, o respeito ao direito à informação correta, completa e focalizada nos questionamentos.

Respondi que o CCIP era um procedimento invasivo e, como qualquer outro desta natureza, também tinha riscos. Porém, aos poucos e com cautela, fui explicando que, em relação aos outros tipos de procedimentos para colocação de cateter central, principalmente em relação à infecção, o CCIP era o que apresentava menor risco, além de ter a vantagem de permanecer maior tempo no bebê (DV com Tulipa – F5).

Os chamados e respostas, verbais ou não verbais, foram vivenciados de forma transacional, sequencial e simultânea, pois como orientam Paterson e Zderad (1979), um pedido da família pode ser um chamamento de ajuda e ao mesmo tempo uma resposta à disponibilidade. Neste sentido, a comunicação mostrou-se também um dos principais meios para favorecer as relações intersubjetivas entre a equipe-recém-nascido-família. Contudo, este processo não ocorre ao acaso, e sim, é influenciado pelo encontro, pelo relacionar-se e pela presença, ou seja, pelas etapas concêntricas e evolutivas da Enfermagem Fenomenológica, vivenciadas anteriormente.

Diante destes chamados e respostas foi que efetivei o convite para que as famílias, se quisessem, participassem do procedimento de instalação do CCIP. Para isto era necessário que tanto enfermeira quanto família estivessem dispostas a viverem este encontro. Assim que convidava, procurava expor detalhadamente sobre quais seriam os passos da técnica. Para isso, sempre buscava um local reservado para que ninguém nos interrompesse. Esta foi uma estratégia para estar-com a família de maneira autêntica, mostrando que não era apenas um convite despretenhoso, mas um real chamado à participação e, além de tudo, um direito a ser exercido. Antes de explanar os passos da técnica de inserção a ser realizada, sempre perguntava se a família tinha interesse em saber todos os detalhes. Ao sinal positivo e inteiramente atento, passei a utilizar material ilustrativo. Esta foi uma decisão positiva, pois se revestiu numa forma de intensificar os chamados e respostas, levando as famílias a se fortalecerem cognitivamente, para, então, decidirem ou não pela participação.

Margarida concordou em participar e salientou ainda: *“se esse procedimento pode ajudar a recuperar o meu bebê, e se eu puder estar junto, dando força a ele, quero participar. Obrigada por convidar”*. Comentei, também, que teríamos que realizar o procedimento do CCIP logo em Azaléa, devido à necessidade de manter a terapêutica. Sentamos lado a lado e, numa linguagem que julgava compreensível, detalhei o procedimento, mostrando alguns desenhos ilustrativos, sob o olhar atento e interessado de Margarida (DV com Margarida – F1).

Depois de alguns minutos de diálogo, ela aparentava estar mais à vontade. Respondeu que sim, que gostaria de estar presente, mas, em seguida, quando falei que ela poderia participar durante o procedimento, sua reação foi imediata, fazendo um gesto negativo com a cabeça, dizendo que não teria coragem para assistir a técnica de inserção do cateter. Mas não se passou sequer dois minutos e Rosa postou-se novamente ao meu lado, dizendo que queria e que não queria, enfim, que estava em dúvida. Disse também que queria saber o que exatamente era a técnica e como era feita. Convidei-a para ir até a sala de reuniões e lá, detalhadamente, falei como seria o procedimento. [...] Perguntei se gostaria de ver algumas fotos que eu tinha no computador, para entender melhor do que estava falando. Ela afirmou que sim. Ao ver as fotos que demonstravam passo a passo o procedimento juntamente com minha explicação de cada imagem, olhava atentamente para cada foto, perguntava sobre cada movimento e, ao final, verbalizou que queria estar junto para confortar o filho (DV com Rosa – F2).

Convidei Gérbera para ir até a sala de reuniões, a fim de dialogarmos sobre o que ocorreria. Ela me acompanhou calmamente, seguindo ao meu lado. Chegando lá, mostrei os folders ilustrativos, enquanto ela pegava um dos folders. Perguntou: este procedimento dói muito? Falei que como o cateter era inserido através de uma punção periférica e até ser localizado em uma veia maior, provocava estímulo doloroso, mas que antes era administrado uma analgesia para minimizar este sofrimento (DV com Gérbera – F4).

Alecrim falou: *“acho legal este seu trabalho... preocupar-se com aquilo que a gente pensa e sente sobre o que vocês fazem aqui é muito importante”* (DV com Tulipa e Alecrim – F5).

Percebi que todas as famílias, ao serem convidadas a participar do procedimento, apresentaram muitos questionamentos, mas suas

preocupações mais visíveis estavam relacionadas com a técnica em si e se a mesma provocava muita dor no bebê. Então, com auxílio do material ilustrativo previamente reservado para este fim, pude atender seus chamados, esclarecendo as dúvidas na medida em que foram surgindo.

Segundo Paterson e Zderad (1979, p.65), no diálogo genuíno, a enfermeira humanística entra “em harmonia com o ritmo do diálogo e, ao perceber a oportunidade de seu desenvolvimento, adequa o ritmo do seu chamado e resposta à capacidade da família para chamar e responder naquele momento.” Este movimento sincronizado, evidenciado no estar-com e no fazer-com da enfermeira com as famílias dos recém-nascidos submetidos ao CCIP, acrescenta força ao potencial humano dessas famílias.

Desta forma, creio que este processo utilizado para explicar previamente às famílias sobre o procedimento do CCIP a ser realizado nos bebês foi importante, pois além de servir como um processo educativo para ser utilizado no cuidado especializado do CCIP, auxiliou-me, também, a ir além e servir de estímulo para a adoção de novas possibilidades, no sentido de proporcionar um cuidado diferenciado a estes seres humanos que se encontram na busca constante do ser mais.

6.2 NA TRANS-INSERÇÃO DO CCIP

6.2.1 A enfermeira continua singularizando os sentimentos da família (o encontro)

Nesta etapa de trans-inserção, onde se deu a execução do procedimento de instalação do CCIP propriamente dito, houve alguns momentos tensos, que causaram preocupação, principalmente por dois motivos, sendo um pelo desafio de conseguir realizar a técnica de inserção do cateter, visto que em alguns casos houve insucessos nas primeiras tentativas de introdução do mesmo, e outro, relacionado àquelas famílias que não desejaram participar diretamente do procedimento, mas que aguardavam ansiosamente e aflitas, no lado de fora da UTIN, pelo término do procedimento.

Demonstrar preocupação com o sentimento que a família poderia

ter em relação ao procedimento do CCIP foi uma forma de colocar-se intuitivamente no lugar dela, o que fez com que “aumentasse” ainda mais a sua responsabilidade técnica no momento da execução da inserção do cateter, pois instalar o CCIP com sucesso era imprescindível, tanto para o recém-nascido que precisava de um acesso venoso seguro e confiável para prosseguir com a terapia intravenosa, como para sua família que se via angustiada com a situação.

Falei que ele iria permanecer com o cateter na cabeça e também ficaria mais um dia com cateter umbilical, pois no dia seguinte iríamos tentar novamente o procedimento. Ela perguntou: “*será que vocês vão conseguir?... Será que vai dar certo?*” Respondi que precisávamos tentar novamente, mas não poderia garantir que teríamos sucesso. Percebi que Rosa estava preocupada e um pouco apreensiva se iríamos conseguir passar o cateter ou não, pois na primeira tentativa o dipositivo não havia ficado no posicionamento correto (DV com Rosa – F2).

Finalizamos, após duas horas de procedimento do CCIP. O RN permaneceu ainda com o cateter umbilical para manter as outras medicações e NPT. Lírio permaneceu sedado durante todo o procedimento. Após organizar o bebê no berço, comentei com as colegas enfermeiras: “*estou preocupada com a mãe dele; ela já veio aqui para ver se já tínhamos acabado o procedimento... vou até o alojamento conjunto para conversar com ela*” (DV com a enfermeira e outras profissionais, referindo sua preocupação com a Rosa – F2).

A enfermeira e a família sempre estiveram próximas, vivendo momentos difíceis, que demandaram delas ações, sentimentos e pensamentos que, muitas vezes, ultrapassaram suas possibilidades conhecidas. A família necessita de uma enfermeira capaz, que lhe ajude a olhar esses momentos como possibilidade de enfrentar as situações vividas dentro da UTIN (LAMY; GOMES; CARVALHO; 1997).

Quando a enfermeira está atenta aos sentimentos e aos aspectos que permeiam a intersubjetividade entre ela e as famílias, estabelece-se uma ligação de compromisso autêntico, genuinamente humanístico, afetivo. É um compromisso existencial, dirigido a acrescentar ao potencial humano; condições importantes para superar os momentos difíceis causados pela internação e pelos diferentes procedimentos invasivos aos quais os recém-nascidos são submetidos.

Nos momentos que antecediam a instalação do CCIP, eu me preparava para encontrar com as famílias, com a intenção de saber como

elas estavam, e dialogar também sobre a necessidade de realizar o procedimento, ou mesmo uma nova tentativa de instalação, já que a primeira não havia dado certo. Era perceptível nestes encontros o quanto as famílias estavam ansiosas para que o procedimento tivesse sucesso, visto que era uma necessidade premente da criança naquele momento, mas, sobretudo, para a família que acreditava que o sofrimento do bebê iria ser amenizado. Nestas ocasiões, procurei estar-com-a-família autenticamente, compreendendo cada uma delas de forma singular.

Por volta das 08h00min, quando estava preparando o bebê para realizar o procedimento, Rosa entrou na UTI e perguntei como estava. Percebi que Rosa estava abatida, seus olhos estavam inchados e vermelhos. Ela disse: *“hoje estou melhor, chorei tudo o que precisava e acordei melhor.... vocês vão tentar de novo passar o cateter?”* Respondi que era importante passar outro e deixá-lo no posicionamento correto, visto que o primeiro cateter instalado não se encontrava em veia central e assim o bebê poderia continuar a terapêutica intravenosa com segurança (DV com Rosa – F2).

[...] olhando para os braços de Lírio com uma expressão de tristeza e sentimento de piedade, Rosa falou: *“coitadinho, os bracinhas dele estão todos picados..”*. ficou pensativa e depois continuou... *“mas hoje tenho certeza que vocês vão conseguir, estou confiante... ele precisa ter uma veia boa para terminar o tratamento.”* [...] percebi que Rosa estava fragilizada com a situação e compreendi sua decisão e então argumentei: *“tudo bem, Rosa... vamos fazer o possível para passar o CCIP no seu bebê... hoje ele já está menos inchado e isso já ajuda muito para as veias não se romperem facilmente na hora de puncionar a veia.”* Rosa ficou pouco tempo na UTI e retornou logo para o quarto. Ao sair, disse a ela que tão logo acabasse o procedimento, eu iria conversar com ela (DV com Rosa – F2).

O cuidado humanizado ocorre nessa intersubjetividade humana, em uma relação dialógica de encontro genuíno entre enfermeira e ser cuidado, em um movimento de complementaridade de sentimentos, ações e reações, pois quando compartilhamos nossas vivências, sempre existe a possibilidade de encontrarmos algo novo, o que pode proporcionar crescimento e experiências. Contudo, isto somente ocorrerá quando um for em direção ao outro de maneira empática, verdadeira e sincera. Conforme afirmam as teóricas Paterson e Zderad

(1979), o encontro reúne os seres humanos, e este poderá ser influenciado por sentimentos surgidos pela antecipação do encontro, a singularidade de cada ser, e a decisão de revelar-se ou conter-se com o outro.

Nos encontros que houve a enfermeira também teve a oportunidade de estabelecer outros chamados, explicando para as famílias os cuidados especializados realizados na criança. Esses momentos vivenciados foram importantes para conhecer um pouco mais as famílias e deixar-se conhecer, enfretando o processo de hospitalização, da forma menos traumática possível.

Comentei: Rosa, acabei de retirar a sonda vesical do bebê... e antes de completar a minha frase, Rosa sorriu e disse: *“que notícia boa, meu Deus... isso é um sinal bom, né?”* Então continuei a frase dizendo: *“sim Rosa e ainda mais uma notícia boa... a pediatra acabou de nos falar que tão logo passasse o efeito do sedativo que utilizamos para passar o cateter e seu bebê começasse a acordar, ela pretende também retirar o tubo...”* Ela ficou emocionada e, colocando as mãos uma em cima da outra em seu tórax, com um sorriso espontâneo, falou: *“é a melhor notícia que podia ter me dado hoje... graças a Deus, não vejo a hora de pegar meu menino no colo.”* Rosa parecia muito feliz com a notícia. Ela tocava e conversava com seu bebê (DV com Rosa – F2).

Após, o curativo foi realizado e, já finalizando o procedimento, com a retirada dos campos, percebemos que o pai do bebê havia chegado. Violeta, ao vê-lo, começou a chorar e começou a tremer as mãos. Ele olhou para Violeta e perguntou: *“o que foi?... por quê você está chorando?”* Ele parecia assustado ao vê-la chorando e perguntou novamente: *“fala, Violeta... diga o que aconteceu?”* Ela disse: *“nada... nada, está tudo bem! Só estou emocionada porque deu certo e elas conseguiram passar o cateter no bebê.”* Ele a abraçou e ficou me olhando. Em seguida, perguntou: *“está tudo bem com o bebê?”* Respondi: *“sim, está tudo bem... acabamos de passar um cateter na Orquídea e a Violeta acompanhou”* (DV com Violeta – F3).

Por volta das 07h30min, eu estava na sala de cuidados intermediários, quando Tulipa retornou na UTI e solicitou à funcionária que estava cuidando de seu filho, copinhos para ordenhar o leite. Ela foi para a sala de amamentação, a fim de retirar o leite. Depois de alguns minutos, retornou. Aproximei-me e a cumprimentei: *“bom-dia Tulipa, como você está?”* Ela aparentemente cansada e esboçando um sorriso, respondeu

gentilmente: “*bom-dia Márcia... eu estou bem, mas Girassol é que anda dando uns sustos na gente.*” Então falei a ela que devido ao quadro de desconforto respiratório e o estridor que estava apresentando, Girassol precisou de suporte ventilatório através do CPAP Nasal e por esse motivo não foi possível realizar o procedimento de inserção do cateter, e tão logo estabilizasse, iríamos tentar instalar o dispositivo (DV com Tulipa – F5).

O compartilhar o conhecimento através do encontro foi efetivado porque a enfermeira agiu com abertura com a família e vice-versa. Como definem Paterson e Zderad (1988), este encontro genuíno acontece por meio de uma relação única entre dois seres humanos, onde cada um expressa sua originalidade e totalidade, ou seja, é aquele que produz um diálogo interior de solicitude, de liberdade de expressão do outro, sensibilidade, valores e amorosidade.

Neste sentido, Cunha e Zagonel (2006) referem que é através do encontro que a relação dialógica acontece e que este encontro não é apenas um caminho para se chegar a um entendimento ou mesmo consenso, mas tem um fim em si mesmo. Uma vez que os seres humanos vão vivenciando cada momento existencial com o outro, é possível dar sentido ao encontro, porque o mesmo surgiu a partir de uma situação vivenciada e partilhada. Portanto, acredito que, através do encontro autêntico é que foi possível oferecer cuidado integral e individual a cada família, dando ênfase aos seus valores, individualidades e personalidade. É imprescindível considerar que cada ser é único, possui uma história de vida que é específica e, por isso, deve ser-com-ela em todos os momentos da hospitalização.

6.2.2 A enfermeira envolve a família no cuidado do recém-nascido durante a inserção do CCIP (o relacionar-se)

Durante a execução do procedimento estive atenta, em todos os momentos, para estar-com a família, buscando mecanismos para que estivessem cada vez mais próximas, envolvendo-se e relacionando-se com seus bebês. Pude observar que, ao conversar com o recém-nascido, tocá-lo e desempenhar algumas atividades de suporte, durante a inserção do cateter, colaborava para que a mesma compreendesse a importância e a necessidade deste dispositivo intravenoso para o tratamento da criança

e, ao mesmo tempo, reduzisse sua ansiedade e temor frente ao fenômeno vivido. Além disso, a presença da família durante o procedimento em si, passou a ser uma importante estratégia a fim de transformá-la numa aliada da equipe, no sentido de co-participação no cuidado à criança após a inserção, ou seja, durante a permanência do dispositivo e até mesmo após a sua retirada.

O membro da família que permaneceu com o recém-nascido na trans-inserção do CCIP foi respeitado em todos os momentos e sua presença sempre foi valorizada. Isso consistia em prepará-lo para o procedimento e informá-lo sobre cada uma das etapas a ser implementada.

Enquanto me preparava para o procedimento, fui interagindo com Violeta e explicando minhas ações: *“para realizar a passagem do cateter temos várias etapas antes... primeiro preparamos o material, depois o bebê, posicionando-o corretamente, e também fazendo um analgésico para ele não sentir dor. Por último, antes de iniciar, nos preparamos, colocando a vestimenta específica”* (DV com Violeta – F3).

[...] antes de me paramentar, expliquei novamente cada etapa do procedimento. Falei também que Amor-Perfeito tinha recebido um analgésico para evitar estímulo doloroso durante a instalação do cateter. Em seguida me paramentei e iniciei o procedimento, juntamente com uma colega enfermeira. Enquanto fazia a assepsia do braço a ser puncionado, fui relatando a Gérbera o que ocorria. Ela acompanhava tudo em silêncio e seus olhos acompanhavam cada movimento que fazíamos. Após os campos cirúrgicos colocados e o braço do bebê já aquecido, visualizei as possíveis veias a serem puncionadas (DV com Gérbera – F4).

O relacionamento entre a enfermeira e a família deve ser um encontro de subjetividades, do qual emergem novas compreensões e interpretações, contribuindo assim para a superação dos sentimentos e situações complexas vivenciadas durante todo período em que o bebê ficará submetido ao CCIP, assim como durante todo o período que durar sua internação. O estar-com a família durante um cuidado especializado de enfermagem não envolve meramente a demonstração de como se procede a técnica da instalação do CCIP, mas ir além e desafiar o instituído, demonstrando responsabilidade com o outro, pois o cuidado de enfermagem não pode prescindir do aspecto humanístico e relacional

(PATERSON; ZDERAD, 1988). Assim, o cuidado de enfermagem não se restringe apenas a uma ação técnica no sentido de fazer, executar um procedimento, mas também no sentido de ser, expresso de forma latitudinal, ou seja, de um-com-o-outro (VILA; ROSSI, 2002).

Cunha e Zagonel (2008), neste sentido, reforçam o pressuposto de que o cuidado de enfermagem ocorre na intersubjetividade humana, em uma relação dialógica de encontro genuíno entre a enfermeira e o ser cuidado, em um movimento de complementaridade de sentimentos, ações e reações.

Desta forma, acredito que é importante estar atento ao fato de que o cuidado a ser destinado a estas famílias sejam ações que promovam a humanização, buscando, por meio da intuição e da sensibilidade, perceber os sentimentos e promover respeito pelo outro. Na vivência que tive com essas famílias, constatei que isto se configura em olhar para “o outro” como alguém que necessita de ajuda, de um cuidado diferenciado, humano. Mais do que demonstrar como se realiza o cuidado especializado do CCIP, é ter uma relação dialógica de sentimentos, pensamentos e atitudes humanas com estas famílias, durante todos os momentos que estas estejam no hospital.

[...] À pergunta de Violeta sobre se poderia mudar a posição do banco para que pudesse ter uma visão mais clara do que ocorria, respondi: *“claro que você pode! Não se preocupe, você não vai nos atrapalhar...”*. Violeta pareceu mais tranquila após minha solicitação, à técnica de enfermagem, para que aproximasse o banco em outra posição, rente à incubadora, para que tivesse melhor visualização do que estávamos fazendo (DV com Violeta – F3).

[...] na primeira tentativa de punção venosa, Gérbera parecia um pouco nervosa, seus olhos estavam arregalados e com a testa franzida. Comentei com ela que estávamos tendo um pequeno problema com aquela veia e que iria tentar outra. Então, após garrotar o braço novamente e introduzir o introdutor na veia de Amor-Perfeito, percebi que Gérbera havia se levantado do banco e estava em pé ao lado da incubadora (DV com Gérbera – F4).

Ao vivenciar de perto a instalação do CCIP foi perceptível que as famílias estavam apreensivas e preocupadas com o desfecho do procedimento. Era um momento especial em suas vidas, pois nunca tiveram uma oportunidade de estar-com suas crianças em uma situação

como esta. Pude perceber que as suas reações eram não apenas de curiosidade, mas também para confirmarem que o CCIP finalmente seria instalado, demonstrando preocupação com a criança. Para mim, como enfermeira, também era uma experiência nova e, por se tratar de um cuidado especializado, precisava estar atenta a tudo que a família expressava, tantos verbalmente quanto pela sua linguagem não-verbal. Precisei ampliar minha visão e perceber a família intuitivamente, como forma de captar seus sentimentos e reações durante a execução do procedimento.

Conforme afirmam Schaurich e Padoin (2003, p. 39), “o ser que cuida em Enfermagem precisa redimensionar o cuidado em meio às percepções e impressões do EU, do TU e do mundo das coisas, com o intuito de vivê-lo e experienciá-lo de forma livre, autêntica e genuína”. Desta forma, através deste modo de cuidar, tanto a enfermeira quanto as famílias revelaram-se genuinamente, onde o estar-com-o-outro foi vivido reciprocamente, no face-a-face de cada ser. Tanto por meio de suas potencialidades ou mesmo limitações, ambos puderam vir-a-ser mais e melhor durante esta nova experiência dentro do ambiente da UTIN.

Certamente que esta forma de cuidar não se deu sem conflitos dentro da UTIN, pois era a primeira vez que a família participava tão integralmente da assistência. Houve algumas resistências iniciais em compreender ou mesmo aceitar a presença da família durante a instalação do CCIP. Mesmo a equipe neonatal estando completamente inteirada da pesquisa e tendo aprovado seu desenvolvimento, alguns integrantes relutaram em aceitar este modo de participação, justificando que se tratava de uma atividade que era “da equipe”, e não, da família.

Durante várias ocasiões, durante o desenvolvimento da PCA, tive oportunidade de dialogar sobre isso, individualmente, em pequenos grupos ou mesmo em reuniões de equipe e, nestas oportunidades, procurava resgatar os princípios de humanização da assistência neonatal, o fato de sermos um hospital de referência em humanização neonatal e o direito da família de decidir com a equipe sobre tudo que diz respeito ao recém-nascido, inclusive sobre a possibilidade de escolha. Em algumas dessas ocasiões, inclusive, alguns elementos da equipe auxiliaram no debate, trazendo à tona questões sobre ética profissional e sobre legislação referente à presença do acompanhante. Alguns profissionais, mais sensibilizados com esta prática, lembraram que a exclusão da família, no processo do nascimento em nível hospitalar, também se deu nesta mesma lógica argumentativa, ou seja, de que o ambiente do parto era algo que dizia respeito tão somente aos profissionais, e não, aos

integrantes familiares, principalmente se se tratava de uma “intervenção cirúrgica”, como é o caso da cesariana.

A presença da família na UTIN foi e é uma grande conquista e trouxe muitos benefícios, tanto para elas quanto para os bebês, de forma que esse tipo de incentivo que favorece a interação bebê-família se generalizou no discurso dos profissionais de saúde (BRAGA; MORSCH, MOREIRA; 2003). Não obstante, ainda existe resistências no meio hospitalar, quando se aplicam estes princípios. A discussão, portanto, não está terminada, sendo necessárias várias oportunidades de reflexão em torno desta questão, uma vez que este novo olhar, esta nova atitude em dar a oportunidade à família de participar e vivenciar um procedimento invasivo, como a instalação do CCIP, ainda enseja debate. Creio que o desafio foi lançado, mas para que ele se concretize efetivamente algumas normas institucionais devem ser revisadas, afim de que esta nova forma de cuidar das famílias possa ser verdadeiramente aplicada, e que o cuidado humanístico saia do discurso para seja implementado.

Ratifico o pensamento de Oliveira (1998, p. 18), quando diz que

humanizar não consiste somente na providência de sistemáticas ambientais de trabalho consideradas convencionalmente práticas humanizadoras, mas sim no desenvolvimento da sensibilidade da equipe de saúde, em especial a enfermagem, para o envolvimento, a flexibilidade e a singularidade para olhar as situações de enfermagem.

Um aspecto essencial neste sentido, conforme enfatizam Paterson e Zderad (1979), é considerar a família como um ser único que tem sua história e seu contexto de vida.

Reconhecer como é importante a presença da família indica avançar na valorização da família no contexto do cuidado. Porém, ainda precisamos despertar para o fato de que o fundamental é estar sensibilizado para nos relacionarmos com estas famílias de forma genuína, dando a oportunidade de estar-com elas empaticamente, sinceramente, ouvindo suas dúvidas, anseios, sentimentos mais profundos. É desenvolver uma relação dialógica, conhecer e permitir que o outro conheça o modo de ser de cada um, num verdadeiro partilhar no ambiente tecnológico da UTIN.

Conforme relatam Paterson e Zderad (1979, tradução nossa),

o relacionamento dialógico permite abertura para que os seres humanos experienciem o mundo e a si próprios de forma integral. Para haver esse encontro genuíno, a intersubjetividade é apontada enquanto interação entre enfermeira, família e equipe de saúde, pois estão envolvidos na experiência de cuidar do recém-nascido, em um espaço vivido, configurando-se como relação intersubjetiva.

Assim, acredito que o relacionar-se será significativo e autêntico na intersubjetividade, quando a equipe de saúde deixar de se esconder atrás do seu papel profissional e de exercer a dominação impondo normas e rotinas, fazendo com que sua presença seja percebida pela família como alguém que está preocupado em compreender a sua experiência durante as situações vivenciadas no período em que sua criança estiver internada em uma UTIN.

Permitir que a família esteja presente em todos os cuidados realizados ao recém-nascido, em todas as dimensões, facilita, inclusive, para que a barreira tecnicista seja rompida, e para que a prática transcenda a técnica. Em minha compreensão, somente assim o cuidado será permeado de uma atitude humanista e, finalmente, a família será percebida na sua singularidade, unicidade e totalidade existencial. Portanto, humanizar este ambiente implica sensibilizar a equipe de saúde ao envolvimento, à flexibilidade, à singularidade, a olhar as situações [...], buscando uma relação harmônica, na qual profissionais e famílias possam juntos vir-a-ser-mais e melhor (ROLIM; CARDOSO, 2006).

6.2.3 A enfermeira ajuda a equipe a perceber a família (a presença)

Vários estudos realizados já descreveram que o processo de humanização das UTINs é uma realidade vivida no nosso cotidiano. Entretanto, por mais que tenhamos avançado no que tange ao cuidado centrado na família dos recém-nascidos internados, algumas regras e normas ainda são impostas pelas instituições, impedindo ou mesmo não favorecendo o vínculo família-bebê durante o período de internação

hospitalar.

Ainda observamos, nos dias de hoje, que a família fica “de fora” de alguns cuidados que, inclusive por lei, teria direito de participar. Os profissionais devem conhecer a legislação que trata sobre os direitos da criança enquanto está hospitalizada, sendo que a família é parte integrante deste processo. Além do mais, é relevante e imprescindível reconhecer que fatores psicológicos, emocionais e sociais estão envolvidos no contexto singular de cada uma das famílias que tem um bebê numa UTIN. A oportunidade de fazer parte de tudo o que envolva a criança, além de ajudar, como já referi, no estabelecimento do vínculo afetivo, faz com que a família tome ciência de tudo que está acontecendo com a mesma, o diagnóstico, seu prognóstico, os procedimentos aos quais ela será submetida, o resultado de exames, enfim, tudo que aproxime mais a família deste ambiente complexo e que deve ser desmistificado, com a ajuda profissional.

Com base nesses pressupostos, durante os diálogos vividos com as famílias, no decorrer da PCA, também aproveitei as oportunidades para iniciar processos de sensibilização profissional quanto à importância da participação das mesmas durante a inserção do CCIP.

[...] enquanto a colega enfermeira preparava o cateter na mesa auxiliar, fiquei aquecendo o local onde seria puncionada a veia. Neste ínterim, a funcionária que promovia o conforto de Girassol, perguntou: “*a mãe do bebê não quer participar do procedimento?*” Respondi que a mãe não quis, mas que o pai de Girassol deseja muito. Falei que, no dia anterior, quando íamos começar o procedimento de instalação do cateter, o pai estava presente, mas como o bebê piorou seu quadro respiratório, o procedimento foi cancelado. Ela me olhou e questionou: “*o pai não se assustou quando viu o bebê chorar?*” Respondi: “*ele acompanhou tudo e parecia um pouco apreensivo.*” Ela ainda perguntou: “*... e se tivesse acontecido durante o procedimento do CCIP, não seria pior ainda?... o pai poderia pensar que fosse por causa do procedimento.*” Respondi a ela que, antes de realizar qualquer procedimento que a família irá estar presente, e neste caso foi a instalação do cateter de inserção periférica, era fundamental dar todas as orientações sobre o procedimento e também das possíveis intercorrências que podiam vir a surgir. Ela ficou ouvindo atentamente minha argumentação e então continuei: “*quando conversamos com a família e explicamos a importância do CCIP para o tratamento do bebê e esclarecemos suas dúvidas, ela passa a conhecer o que irá ser realizado no seu filho. Acredito que isso possa contribuir*

para diminuir a sua ansiedade e seus temores, desmistificando uma imagem que eles possam ter sobre o procedimento.” Ela perguntou: *“mas você acha que para as pessoas que não têm noção na área podem entender como é e o que é feito no bebê?”* Então comentei que a família tinha o direito de saber o que acontece com seu bebê durante todo o período de internação e deveríamos procurar utilizar uma linguagem simples para que ela pudesse compreender o que estava sendo realizado. Falei sobre um caso de um RN que tinha piorado clinicamente e que o CCIP foi retirado após ter sido confirmado na hemocultura que o dispositivo era o foco da infecção. Os pais estavam bastante preocupados, pois o bebê era prematuro e teve que retornar para a ventilação mecânica. Dois dias após, quando a pediatra foi informá-los que outro CCIP seria passado na criança, eles mostraram-se preocupados e apreensivos e relataram à médica que como o cateter anterior tinha provocado a infecção no seu filho, tinham medo que ele pudesse piorar novamente, por causa do CCIP. A funcionária me olhou e disse: *“mas quando foi realizado o CCIP no bebê, os pais não foram informados sobre a importância de passar o cateter?”* Respondi: *“acredito que sim, mas ainda acho importante que além das orientações a serem repassadas à família sobre as vantagens, desvantagens, benefícios e riscos sobre o CCIP é dar oportunidade a eles de participarem do procedimento e incluí-las também no cuidado deste cateter. acredito que uma vez que ela conhece a importância disso para o tratamento da criança, ela não somente passa a entender e compreender melhor sobre o dispositivo, como também vivencia uma experiência nova em sua vida.”* Ela ouviu atentamente o que eu estava falando e ficou com um olhar pensativo e em seguida falou: *“você tem razão... se fosse com meu filho eu iria querer saber tudo que estivesse se passando com ele”* (DV com uma funcionária da UTIN).

Segundo Costenaro e Martins (1998), considerando o desejo das famílias em quererem cuidar de seus filhos, não devemos nos esquecer que elas devem ser consideradas como membros da equipe de cuidado e não como meros visitantes e estorvos; não devemos permitir que a tecnologia que envolve uma UTI prive as famílias de ter condições e o direito de participarem dos cuidados de seus bebês, sejam estes quais forem.

A presença da enfermeira neste momento foi significativa para que a equipe compreendesse e percebesse a importância da família no procedimento do CCIP. Então, se mostrando presente, a enfermeira faz o elo entre a equipe e a família, facilitando a vivência da experiência

recém-nascido-família-equipe durante todo o processo, objetivando o bem-estar e o estar-melhor, através do diálogo vivido. Neste sentido, este estudo reforça o papel da enfermeira na UTIN, ressaltando que a assistência e o cuidado de enfermagem devem ser considerados como a mola propulsora para humanizar o ambiente da UTIN (GUIMARÃES, 2006).

6.2.4 A enfermeira fortalece o processo de inclusão da família (chamados/respostas)

Antes mesmo de começar o procedimento do CCIP, a enfermeira estava atenta a todos os chamados que pudessem ocorrer naquele momento. Muitos eram os detalhes para se atentar antes de executar a instalação do cateter, sendo que uma das principais preocupações que a família tinha se relacionava com o processo doloroso que a intervenção pudesse vir a causar no bebê. Era necessário, pois, estar atenta aos múltiplos chamados que a família e a equipe faziam e que vinham de várias direções.

Lírio estava recebendo sedação por infusão contínua, mas com dosagem baixa, pois reagia quando era manipulado. Então comuniquei à pediatra que Lírio estava reativo e ela solicitou que fossem administradas doses extras de sedativo e analgésico (DV com Lírio e a pediatra plantonista).

[...] Olhei para a colega e disse: *“vamos tentar... enquanto preparamos outro material, vamos deixar o bebê descansar um pouco... olha só a carinha dele, parece que está acordando e veja como ele está reativo... acho melhor solicitar à pediatra mais uma dose de analgésico, para que ele não sofra tanto.”* Após conversar com a pediatra, solicitei à funcionária que estava cuidando do bebê que administrasse o medicamento (DV com a colega enfermeira e pediatra plantonista).

[...] fui em direção à Orquídea, a fim de começar o preparo da técnica. Ao abrir a incubadora, observei que estava acordada e um pouco chorosa. Falei com ela: *“você está muito agitada e se mexendo muito, vamos ter que acalmá-la primeiro, para depois pensarmos no procedimento.”* Então a funcionária que cuidava de Orquídea falou que a médica plantonista já havia prescrito um analgésico para ser

administrado antes de iniciar o procedimento. Enquanto a funcionária preparava a medicação, fui preparando Orquídea dentro da incubadora; enrolei-a delicadamente em um cueiro, deixando apenas o braço direito descoberto, para ser puncionado. Olhei para Orquídea e disse: *“bem, pequeninha... agora vamos ter que deixar você assim bem enrolada para pegar uma veia e passar o cateter... você vai dormir um pouquinho para não sentir dor. Não se preocupe que sua mãe estará aqui junto de nós. Já está chegando”* (DV com Orquídea).

Pode-se perceber que os recém-nascidos, por meio do choro ou mesmo da agitação, chamavam, dando sinais de que alguma coisa não estava bem. No caso do bebê, a enfermeira, intuitivamente, ao perceber o chamado de ajuda, e por meio de uma ação de enfermagem, respondeu, providenciando uma solução analgésica para que a criança se tranquilizasse.

Na Teoria Humanística de Enfermagem desenvolvida por Paterson e Zderad (1979), os chamados e as respostas no diálogo vivido ocorrem de forma verbal e não verbal, referindo-se à capacidade da família-recém-nascido-equipe relacionarem-se com os aspectos subjetivos e objetivos da situação vivida, sendo que estas podem ocorrer em várias direções e esta pode ser uma chamada verbal e não-verbal.

Como enfermeira, durante a trans-inserção do CCIP, atendi vários chamados das famílias, procurando dar as repostas à medida que iam surgindo.

[...] percebendo sua respiração ofegante, expliquei: *“Violeta, o que quebramos é a parte do introdutor (mostrei o introdutor já partido)... a agulha fica dentro do introdutor... depois que puncionamos a veia, retiramos a agulha e passamos o cateter por dentro do introdutor”* (DV com Violeta – F3).

Depois de alguns minutos, o técnico da radiologia trouxe o Raio-X e verificamos que era necessário tracionar o cateter apenas um centímetro. Gérbera então questionou: *“dá para ver o cateter no Raio-X?”* Expliquei que o cateter era confeccionado com material que permitia a visualização no Raio-X e que depois que terminássemos o procedimento, eu mostraria a ela a imagem do cateter (DV com Gérbera – F4).

Tulipa nada falava, mas intuí que estava um pouco apreensiva e então falei: *“sim, Tulipa! O procedimento transcorreu muito bem e Girassol*

colaborou muito... agora tem um acesso central para fazer seu tratamento.” [...] Tulipa questionou se o cateter havia ficado próximo do coração e então respondeu: “está... acabamos de confirmar a localização da ponta do cateter no Raio-X que foi feito” (DV com Tulipa – F5).

A enfermagem é uma resposta de cuidado a um chamado de ajuda que se dá por meio da compreensão do significado de experiências de vida e busca de potenciais. Nos encontros com as famílias, durante a instalação do CCIP, a relação interhumana e intersubjetiva estava intencionalmente voltada para o bem-estar e o estar melhor de todos. Portanto, confirma-se que a enfermagem é um diálogo vivido, em que enfermeira e família relacionam-se através do encontrar-se, pelo estar presente no mundo vivido e experienciado da UTIN, com intuito de atender um chamado de ajuda ou de uma necessidade e providenciar mecanismos para atendê-lo.

Neste sentido, a enfermagem é uma resposta de cuidado a um chamado (PATERSON; ZDERAD, 1979). Portanto, o cuidado guiado pela atitude humanista deve extrapolar, transcender o modelo biotecnista, que é centrado na doença, e valorizar a singularidade de quem realiza e de quem recebe o cuidado.

Durante esta etapa, as famílias que participaram do procedimento realizaram algumas perguntas referentes à técnica, entretanto, em vários momentos, a preocupação delas estava voltada para saber como estava a criança, encoberta pelos campos cirúrgicos. Os chamados das famílias aconteceram, algumas vezes, de forma não verbal, o que necessitou que eu procurasse perceber intuitivamente o que estava sendo chamado e então atender, dentro do possível. De acordo com Cunha e Zagonel (2006), os chamados acontecem através do olhar, da postura e das mímicas faciais e, para que possa responder sensivelmente, a enfermeira precisará estabelecer o relacionamento interpessoal e intuitivo com a família, de modo efetivo.

[...] *“de todas as marcas que conhecemos, esse introdutor é o mais delicado...”, referi, ao perceber o olhar questionador de Violeta. Aproveitando, mostrei também o cateter e completei: “e este cateter aqui é o que vai ser colocado por dentro do introdutor, depois de puncionar a veia.”* Percebi que Violeta estava atenta a cada movimento que fazíamos, mas seus olhos sempre desviavam para o monitor cardíaco, acompanhado a monitorização de seu bebê, uma vez que esta

está debaixo dos campos cirúrgicos, impedindo a visualização direta da criança (DV com Violeta – F3).

Finalizando o procedimento, solicitei à Gérbera para chegar mais perto, a fim de mostrar como era realizado o curativo do CCIP, pois seu olhar era questionador e ansioso. Ao mostrar a película transparente que cobria o cateter, ela perguntou: “isto aí é um curativo?” Respondi: “sim... é uma película transparente utilizada para visualizar melhor a inserção do cateter.” Ao terminar, mostrei como tinha ficado. Adaptei então a torneirinha e, em seguida, o equipo da NPT (DV com Gérbera – F4).

Durante este processo, as minhas respostas, como enfermeira, foram dadas de diversas maneiras, nas múltiplas oportunidades de diálogo vivido, mas, especialmente, observando, ouvindo, proporcionando carinho e atenção, esclarecendo dúvidas, compartilhando o conhecimento, estando presente e sendo presença. Isso, a meu ver, ajudou a família a criar coragem, aproximar-se, valorizar o procedimento, interagir com o bebê, mesmo por baixo dos campos cirúrgicos, aumentando sua autoestima e sua predisposição e estar-com a criança para o que “desse e viesse”, como algumas das famílias fizeram questão de expressar durante a PCA.

No diálogo genuíno, a enfermeira humanística entra em harmonia com o ritmo do diálogo e, ao aperceber-se da oportunidade de seu desenvolvimento, adequa o ritmo do seu chamado e resposta à capacidade e disponibilidade da família para chamar e responder naquele momento (PATERSON; ZDERAD, 1979). É o estar-com e o fazer-com da enfermeira com a família no cuidado.

6.3 NA PÓS-INSERÇÃO DO CCIP

6.3.1 A enfermeira aproxima família e recém-nascido para a vivência da manutenção do CCIP (o encontro)

Durante o processo de manutenção do CCIP, o encontro entre enfermeira-famílias continuou balizado pela abertura e pela recepção. Mesmo perante outras situações estressantes e delicadas, próprias deste período, como as trocas de curativo e as complicações com o cateter,

durante a terapia intravenosa, o encontro sempre ocorreu de maneira especial, seja motivado por objetivos planejados ou não. De qualquer modo, os participantes escolheram como e quanto iriam abrir-se ao diálogo, já que, conforme Paterson e Zderad (1979), o encontro diz respeito ao grau de controle e escolha com que se chega ao encontro. Nesta fase pós-inserção, tanto a enfermeira quanto a família puderam experienciar situações novas, que permitiam continuar se conhecendo e se envolvendo nos cuidados ao recém-nascido.

Eles se retiraram e, em seguida, lavei as mãos e chamei o casal na sala de reuniões. Percebi que Violeta estava um pouco nervosa, então perguntei: *“Violeta, como você se sentiu durante o procedimento?”* Ela, secando as lágrimas do rosto, respondeu: *“comecei a chorar porque deu tudo certo...”* Então lhe disse: *“a Orquídea tem veias boas, o que facilitou passar o cateter. O procedimento foi rápido e a Orquídea colaborou muito.”* Aos poucos Violeta foi se acalmando e seu semblante já estava mais tranquilo (DV com Violeta – F3).

Por volta das 08h00min, estava olhando um bebê na UTI quando vi Tulipa entrar na sala de cuidados intermediários. Depois de alguns minutos, fui ao seu encontro e cumprimentei-a e disse: *“oi Tulipa, está preparada para levar o Girassol com você para o quarto?”* Ela respondeu com sorriso nos lábios: *“estou sim... acho que já posso cuidar dele”* (DV com Tulipa – F5).

Por volta das 10h00min, eu estava fixando o curativo da CCIP quando a médica avisou que já havia examinado Girassol e estava liberado para ir para o quarto com a mãe. Comuniquei à funcionária que estava cuidando do bebê sobre a transferência da criança e também fui ligar para o setor para avisar Tulipa. Depois de alguns minutos Tulipa chegou. Fui imediatamente ao seu encontro para dar-lhe a notícia: *“Tulipa, o seu bebê foi liberado para ser transferido para o quarto com você... o que você acha de fazer o banho dele antes de levá-lo?”* Ela respondeu: *“pode ser...”* e já pegando Girassol no colo, que parecia querer sugar, continuou a falar: *“vamos meu lindo... agora você vai ficar direto com a mamãe lá no quarto e logo vamos poder ir para casa”*. Tulipa parecia estar feliz (DV com Tulipa – F5).

Nestes diálogos é possível perceber que o encontro enfermeira-família foi permeado por reciprocidade, pois ambos estavam abertos

para o diálogo. Conforme Oliveira (2001), o encontro não pode ser conduzido ou forçado; ele deve ocorrer naturalmente, sendo que tanto a enfermeira (EU) quanto a família (TU) precisam mostra-se disponíveis.

Na compreensão buberiana o encontro é fundamentalmente um fenômeno e, como tal, ele acontece, sendo a essência da inter-relação entre o homem e suas vivências e experiências existenciais. A reciprocidade, por sua vez, é fundamental para que o ser humano encontre a sua essência e a essência do outro que se lhe defronta, sendo importante, também, a autêntica e genuína relação EU-TU de presença no mundo da vida (BUBER, 1977).

Assim, diante desta nova etapa que estava se iniciando, a enfermeira tinha uma meta intencional, que era cuidar do recém-nascido com o CCIP instalado e, principalmente, de sua família, dentro deste contexto de alta complexidade tecnológica no qual estavam inseridos. Para isto era fundamental que tanto enfermeira quanto a família estivessem abertos para o diálogo, pois somente através do envolvimento, da relação intersubjetiva, o verdadeiro encontro entre as pessoas acontece, valorizando-se a dimensão humana do cuidado. Este encontro é denominado como diálogo humano, pois as ações de enfermagem acontecem numa relação dialógica, intersubjetiva, baseadas nas necessidades de interação e na convivência com os outros e com o ambiente de cuidado (PATERSON; ZDERAD, 1979).

O diálogo, entretanto, deve ser incentivado para que se estabeleça este relacionamento, já que não nasce só pelos sentimentos que as pessoas têm umas pelas outras, mas também pelo envolvimento em uma relação viva e mútua, com um centro vivo, e por estarem unidos em comunhão (ROLIM; CARDOSO, 2006).

Para Chinn e Kramer (1995), no encontro, a percepção do significado por parte da enfermeira é refletida na ação realizada. Estas ações adquirem elementos de arte, criando interações únicas, significativas e profundas. Assim, um encontro é sempre uma troca em que as pessoas envolvidas dão e recebem algo. Assim como em outras situações nas quais acontece um encontro de seres humanos, isto acontece também em uma situação de enfermagem, de forma autêntica, específica e intencional, com um significado único para cada um dos participantes, para alcançar um objetivo comum (MAZZA, 1998). O encontro na enfermagem humanística é um tipo particular de encontro porque é intencional (PATERSON; ZDERAD, 1979).

O ato de enfermagem implica em um encontro de seres humanos. É um tipo especial de encontro porque tem uma finalidade. A finalidade do encontro entre família-enfermeira-recém-nascido foi transformar as

situações vivenciadas com a utilização do CCIP no recém-nascido em uma experiência única para cada um. Percebi que cada família reagiu de forma particular ao encontro, cada uma tinha uma reação e esta variava, principalmente, conforme o sucesso ou o insucesso na manutenção do CCIP, pois uma vez que a criança permanecia com o cateter o maior tempo possível e livre de complicações, significava que o neonato não sofreria as consecutivas punções venosas, poderia completar a terapia intravenosa proposta e, conseqüentemente, ir para casa – o objetivo derradeiro para todas essas famílias.

6.3.2 A enfermeira estimula a família a participar dos cuidados de manutenção do CCIP (o relacionar-se)

No diálogo vivido, o relacionamento é o processo de *fazer e ser* enfermeira, é o estar um com o outro. Por isso, cabe a ela relacionar-se como sujeito e com o sujeito, ou seja, esta aproximação pode ocorrer através da relação EU-TU (sujeito-sujeito), estando sempre aberta como pessoa, e também através da relação EU-ISSO (sujeito-objeto), que acontece quando o EU experiencia o ISSO com intuito de interpretar e categorizar para, só assim, se formar um novo conhecimento através das abstrações. Neste processo busquei, portanto, através das estratégias relacionais EU-TU, EU-ISSO e EU-NÓS, aproximar-me ainda mais das famílias, para que as mesmas compreendessem melhor, não somente sobre os cuidados de manutenção do dispositivo instalado, mas sim, fazendo com que ela, ao participar de modo ativo nos cuidados, tivesse a oportunidade de vislumbrar-se existencialmente diferente a cada novo relacionamento.

Como uma das formas de envolver a família neste cuidado especializado, como já apresentei parcialmente na categoria 5.3.3, utilizei intencionalmente a técnica da troca do curativo como uma maneira de promover a aproximação mais íntima entre a unidade familiar e o recém-nascido. Esta estratégia esteve sustentada nos pressupostos da relação sujeito-sujeito (intersubjetiva) e também da relação sujeito-objeto, onde meu conhecimento científico e especializado serviu de ponte para o estar-com a família de modo autêntico e genuíno.

[...] Violeta parecia satisfeita com a proposta e então, mudando a

conversa, perguntei a ela: “*Violeta, no início da tarde irei trocar o curativo do CCIP de Orquídea. Você gostaria de estar junto?*” Ela me olhou e com sorriso nos lábios falou, ao mesmo tempo em que colocava sua mão em meu braço: “*eu quero... mas será que não vou atrapalhar?*” Respondi: “*não, pelo contrário, pode nos ajudar segurando a Orquídea para nós, enquanto trocamos o curativo.*” Ela parecia ter gostado da resposta e disse: “*se você acha que posso ajudar, com certeza eu ajudo... assim fico mais pertinho dela.*” Falei: “*Violeta, para a Orquídea é muito importante que você esteja presente e cuidando dela... assim ela sente que você é a mãe dela e que ela não está sozinha, mas também precisamos cuidar de ti.*” Ela olhou para Orquídea e falou carinhosamente: “*tudo que eu puder fazer para ela melhorar eu vou fazer... ela é a coisa mais preciosa que eu tenho*” (DV com Violeta – F3).

Então peguei no braço de Orquídea onde estava inserido o CCIP e mostrei a ela como estava o curativo, que estava com a gaze suja de sangue coagulado, ao mesmo tempo, comentando: “*veja Violeta, como ficou o curativo de ontem para hoje..*”. Ela olhou e disse: “*aquilo ali embaixo do curativo é sangue velho?*” Respondi: “*sim, é sangue coagulado... é normal apresentar um pouco de sangue após a passagem do CCIP... por isso sempre colocamos um pedacinho de gaze no local onde o cateter está inserido para comprimir e absorver o sangue caso apresente e, neste caso, sangrou só um pouquinho.*” Ela olhava tudo atentamente e antes de continuar falando, Violeta perguntou: “*vocês trocam sempre o curativo?*” Respondi: “*a primeira troca é sempre após 24 horas de instalar o cateter no bebê e depois a cada sete dias ou quando há necessidade... por exemplo, se no local onde o cateter está estiver sujo ou mesmo solto, temos que trocar o curativo e mantê-lo bem fixado para não ter risco de perdê-lo e o bebê ficar sem acesso.*” Violeta prestava atenção em tudo que eu falava e olhava atentamente para o braço de Orquídea onde o CCIP estava e então perguntou: “*tem algum perigo de ela perder esse cateter se não trocar o curativo?*” Respondi: “*o curativo é um dos cuidados para manter o cateter, mas existem outros cuidados que eu falo para você depois, tá bom?*” Percebi que era muita informação ao mesmo tempo para Violeta e então combinamos que depois do horário da dieta das 14h00min, quando ela viria para ordenhar, eu iria esperar por ela para realizar a troca do curativo (DV com Violeta – F3).

Depois de uns 20 minutos, Violeta veio com o copinho de leite na mão e

entregou para a funcionária que estava cuidando do seu bebê e solicitei a ela que permanece ao lado da incubadora para acompanhar a troca do curativo. Esperamos a funcionária terminar de administrar o leite para Orquídea e eu ia preparando a mesa auxiliar com o material para a troca do curativo... [...] Mostrei a Violeta como ela deveria segurar seu bebê, enquanto isso a funcionária administrou um pouquinho de glicose na boca de Orquídea. Violeta sorriu ao vê-la deglutir. Começamos retirando a película que cobria o curativo. Violeta percebeu que Orquídea franziu a testa e chorou um pouco. Parei de retirar a película e recomendei: *“vamos esperar um pouquinho para ela se acalmar... essa película adere bem na pele e geralmente quando tiramos pode causar um pouco de desconforto para o bebê... temos que fazer a troca do curativo de forma delicada para que o bebê não sinta dor e ao mesmo tempo tomar o máximo cuidado para não puxar o cateter.”* Depois de alguns minutos, continuamos o procedimento retirando totalmente a película e em seguida a limpeza da inserção do cateter com solução fisiológica e então mostrei a Violeta que o local está limpo e seco (DV com Violeta – F3).

Depois de alguns minutos perguntei a ela: *“Gérbera, hoje é o sétimo dia que o Amor-Perfeito está com o CCIP e vamos trocar o curativo dele... você gostaria de estar junto para nos ajudar?”* Ela olhando para o cateter de Amor-Perfeito, respondeu: *“tem que trocar mesmo?... este curativo parece que está tão bonitinho?”* Então respondi a ela que o curativo era um dos cuidados de manutenção do cateter e que a troca era necessária (DV com Gérbera – F4).

Enquanto Tulipa ordenhava o leite, esperei a médica examinar o bebê e em seguida fui avaliar como estava o CCIP de Girassol. Percebi que a gaze do curativo estava discretamente suja com sangue coagulado e comentei com a funcionária que estava cuidando dele, que iria realizar a troca do curativo. Depois de alguns minutos, Tulipa retornou da sala de amamentação e perguntei a ela se gostaria de participar da troca do curativo do CCIP. Ela olhando para o braço de Girassol, onde estava inserido o CCIP, falou: *“tem que mexer no curativo hoje?”* Disse a ela que, o curativo era sempre trocado 24 horas após inserção do cateter, pois tínhamos colocado uma gaze na inserção do cateter e então mostrei a ela que o curativo estava um pouco sujo. Ela fez uma expressão facial de apreensão e falou: *“vai sair sangue?... ele sente muita dor?”* Falei a ela que o sangramento ocorria em situações em que o bebê apresentasse

distúrbio de coagulação sanguínea ou no caso dos bebês muito prematuros que possuem a pele muito sensível e com risco de lesão (DV com Tulipa – F5).

Nestes diálogos pode-se perceber que a maioria das famílias, apesar de demonstrar certa apreensão e também questionar a real necessidade de realizar a troca do curativo, aceitou a proposta de participar do procedimento. Este momento foi muito importante, pois à medida que transcorria a técnica, percebi que as famílias estavam mais tranquilas e interagiram mais com seus bebês e também comigo, mostrando que estavam interessadas em adquirir outros conhecimentos.

Acredito que no ambiente da UTIN, a enfermeira é a principal responsável por todo o processo que envolve o CCIP, mas, ao mesmo tempo, encontra vários desafios, uma vez que suas repercussões vão além do conhecimento técnico-científico, e sim, requer vivenciar com a família, verdadeiramente, **toda** a experiência envolvida no fenômeno. Em outras palavras, precisa estar atenta para incentivar a relação EU-ISSO, utilizando-a como **um meio** para vivenciar o EU-TU plenamente, pois conforme Maestri (2008, p. 36), “a relação EU-ISSO é um aspecto necessário na vida humana.” Sendo assim, para que ocorra o desenvolvimento do conhecimento na enfermagem é necessário que o fazer-tecnicista seja envolto pelo fazer-pensar-agir mais humanístico. Esta constatação tem consonância com a teoria da enfermagem humanística em que o relacionar-se com o outro tem o propósito de ajudá-lo no processo de viver, descobrindo o real significado de sua vida (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Desta forma, a enfermeira tem como desafio promover um cuidado diferenciado, criativo e humanizado no seu cotidiano assistencial, indo além do relacionamento EU-ISSO, favorecendo um verdadeiro encontro. Tanto a enfermeira quanto família devem estar disponíveis para ir além da atitude EU-ISSO; precisam valorizar, aceitar e apreciar verdadeiramente a alteridade, pois a relação autêntica ajuda na compreensão da realidade, por meio da experiência vivida (ação) e da reflexão (pensamento) (BUBER, 1977).

Penso que outro aspecto que contribuiu para enfermeira estar com as famílias foram os momentos em que ela teve a oportunidade de mostrar e ensinar os principais cuidados de manutenção do CCIP, durante a terapia intravenosa propriamente dita. Nestas oportunidades pude partilhar meu conhecimento científico e exercitar o meu lado intuitivo, promovendo o relacionar-se como componente do diálogo vivo.

“[...] a Orquídea não pode perder esse cateter... você já tinha me preparado falando que algo assim poderia ocorrer... isso acontece sempre?” Eu disse: *“o CCIP é um cateter muito fino e tem o risco de obstruir se não fizermos corretamente os cuidados de manutenção...”* Então falei quais eram esses cuidados para manter a permeabilidade do cateter. Ela comentou, sem demora: *“se não conseguir desobstruir, tem que tirar o cateter?”* Respondi delicadamente, enquanto realizava as manobras: *“se não conseguir desobstruir, sim.”* Violeta argumentou: *“vai ter que passar outro cateter para continuar o tratamento dela?”* Reforcei sua interpretação e comentei que se o bebê precisasse, era melhor passar outro cateter, do que ficar expondo o bebê a várias punções venosas (DV com Violeta – F3).

Para que compreendesse melhor, procurei as palavras mais apropriadas, e falei que a obstrução poderia ser total ou parcial e que, geralmente, a causa estava relacionada tanto por incompatibilidade de drogas, como pela formação de fibrina ou de coágulo de sangue no interior do cateter. Falei também que alguns cuidados eram realizados para a manutenção do cateter e citei-os. Comentei também que a troca do curativo do cateter era um cuidado de manutenção do CCIP e, por ser especializado, sempre era realizado pelas enfermeiras, que foram capacitadas para todo o processo do CCIP, desde a inserção, a manutenção e a retirada do mesmo (DV com Tulipa – F5).

Após tudo pronto, orientei quais eram os cuidados que deveriam ter em relação ao CCIP e também em relação a rotina que iria ser realizada pela equipe da Unidade Neonatal para dar a assistência ao bebê durante a permanência dele no quarto. Falei que todos os dias uma funcionária ficaria responsável pelos cuidados de Girassol e a enfermeira assistencial também passaria para avaliar o bebê. Orientei que, caso acontecesse algum problema com a bomba de infusão, ou mesmo se precisasse de auxílio para qualquer situação, solicitasse a qualquer profissional do alojamento conjunto para que entrasse em contato com a Unidade Neonatal, pois todos estavam cientes da situação. Enquanto falava, eles ficaram ouvindo atentamente minhas orientações e, em seguida, Tulipa afirmou: *“então se a bomba alarmar peça para alguém ligar para vocês na hora!”*. Expliquei ainda que a bomba poderia alarmar por vários motivos, pois Girassol estava com o CCIP somente com solução fisiológica, com um fluxo parar manter a permeabilidade do cateter, e que a única medicação que ele estaria recebendo era o

antibiótico a cada seis horas (DV com Tulipa e Alecrim – F5).

Neste último diálogo com Alecrim e Tulipa, pude perceber o quanto foi importante partilhar com a família o conhecimento que possuía sobre os cuidados de manutenção com o CCIP, pois estes iriam efetivamente participar cuidando do cateter, uma vez que o bebê iria permanecer todo o tempo no quarto do alojamento conjunto, com a família. Esta foi uma experiência nova e desafiadora tanto para mim, como enfermeira (e todos os demais profissionais da equipe), quanto para a família. Para a família que participou da decisão, escolhendo o lugar de permanência do bebê, após a inserção do CCIP, creio que foi o fenômeno mais intensamente vivido e mais experiencialmente significativo de todo o processo, pois era visível a satisfação e a alegria por terem o recém-nascido por perto. Esta decisão contribuiu imensamente para o bem-estar e o estar melhor desta família.

Nesta situação partilhada, ocorreu uma verdadeira relação entre a enfermeira e a família, na qual ambas tiveram a liberdade para expor seus questionamentos e sentimentos acerca desta nova vivência e, juntas, procuraram caminhos para a solução de problemas do cotidiano. Foi respeitando a individualidade e valorizando o potencial humano da família (uma vez que a mesma demonstrou interesse e comprometimento em ajudar a cuidar da manutenção do CCIP juntamente com a equipe), que a confiança foi estabelecida, como uma importante etapa do relacionar-se e, a partir daí, pôde-se desenvolver uma relação de troca, uma verdadeira relação intersubjetiva, pois como referem Paterson e Zderad (1979), é por meio da relação EU-TU e EU-ISSO que é possível conhecer a pessoa em sua individualidade singular. Portanto, tanto a relação sujeito-sujeito como a relação sujeito-objeto são essenciais para o processo da enfermagem, pois ambos são elementos integrantes da enfermagem humanística.

Os momentos de complicações que ocorreram com o CCIP também foram preponderantes para fortalecer o relacionar-se. A genuína intencionalidade de gerar aproximação sincera entre enfermeira e família e entre família e recém-nascido superou as inquietações fundamentadas preponderantemente na técnica, como ocorria no cotidiano da UTIN, embora isso não tivesse sido experimentado sem boa dose de incerteza. Esta nova gestão do processo de manutenção do CCIP gerou preocupações e expectativas, tanto em mim quanto na equipe, principalmente sobre qual seria a conduta que poderia vir a ser tomada caso ocorresse complicações, pois sabíamos que, dependendo do tipo de complicação e a repercussão desta no recém-nato, a retirada do cateter seria definitiva e outro cateter teria que ser instalado, como

alternativa para prosseguir com a terapêutica intravenosa.

Assim, mediante minha experiência e meu conhecimento técnico-científico, com a ajuda de grande parte dos profissionais da equipe e das famílias, pude intervir e ajudar a solucionar as diferentes complicações que surgiram com os cateteres, principalmente nos casos em que ocorreu obstrução, ou mesmo nas tomadas de decisão para que o CCIP fosse retirado. Em todas estas situações vivenciadas, contudo, estive com-a-família, partilhando as informações e sentimentos surgidos.

Por volta do meio-dia, a funcionária que estava cuidando de Orquídea me chamou e disse que o CCIP estava com dificuldade de infundir. Imediatamente fui até a incubadora do bebê e ao tentar infundir soro com uma seringa, senti resistência. Nesse momento, Violeta entrou na unidade e perguntou apreensiva: “*o que aconteceu, algum problema?*” Respondi: “*fique tranquila, Violeta, o cateter está com um pouco de resistência para infundir o soro... deve ter obstruído... vou tentar desobstruí-lo*” (DV com Violeta – F3 e uma técnica de enfermagem da UTIN).

A profissional que estava cuidando de Girassol estava fazendo *flushing* do CCIP da região cefálica e comentou comigo: “*Márcia, está um pouco pesado para lavar este cateter.*” Então, lavei as mãos e me aproximei para avaliar. Enquanto avaliava o CCIP, Tulipa ficava observando o que estava fazendo. Em seguida, perguntou: “*ela falou que está pesado? Como assim?*” Sorri para ela e disse: “*ela quis dizer que o cateter está apresentando um pouco de resistência para infundir a solução de heparina... acho que ele deve estar parcialmente obstruído*” (DV com Tulipa – F5 e uma funcionária da UTIN).

O fato de estar me relacionando com a família e com o recém-nascido, diariamente, auxiliava a perceber os sinais, os chamados e as respostas, que a família manifestava e isso, certamente, ajudava a agregar o meu conhecimento intuitivo e científico. Podia perceber, através da relação com a criança, por exemplo, que a mesma não estava bem, levando-me a perceber que o CCIP instalado poderia ser uma das causas de complicação do seu estado clínico.

Após a passagem do plantão, fui ver como estava Orquídea, pois estava preocupada com ela, por causa do sangramento digestivo que havia apresentado. Lavei minhas mãos e fui até sua incubadora. Abri a

portinhola e percebi que ela estava quieta. Se mexia pouco quando era manuseada. Seus olhos transmitiam que alguma coisa não estava bem e então falei para a funcionária que estava ao meu lado e que já ia fazer os cuidados de rotina em Violeta: *“você percebeu que a Orquídea não parece muito bem hoje?”* Ela respondeu: *“notei já durante a passagem de plantão, quando relataram que ela tinha apresentado estase borrácea e melena.”* Orquídea estava hipoativa, mesmo quando a funcionária estava trocando sua fralda. Então referi: *“ela deve estar fazendo infecção... ontem estava bem e agora está hipoativa e com sangramento digestivo, isso não é normal... vamos esperar o resultado dos exames e só espero que o CCIP não esteja contaminado”*. Naquele momento pensei em Violeta, que deveria já estar sabendo o que havia acontecido com Orquídea e deveria estar muito triste. Fui conversar com a médica de plantão e a mesma falou que os exames já haviam sido colhidos e achava mesmo que Orquídea poderia estar com infecção.

O relacionamento entre enfermeria-equipe-família também foi reforçado durante a fase de pós-inserção, como se pode observar em alguns desses trechos registrados no diário de campo.

Após passagem do plantão, eu estava conversando com outra mãe na sala de cuidados intermediários, quando a técnica que estava cuidando de Amor-Perfeito me chamou na UTI. Ela parecia um pouco apreensiva e então fui imediatamente ver o que tinha acontecido. Estava a colega enfermeira e a técnica manuseando o mecanismo da CCIP. Ao me aproximar, a técnica falou: *“Márcia... o CCIP está obstruído... e agora? Logo este bebê que é difícil de veia!”* Respondi: *“calma, vamos tentar manobras de desobstrução o mais rapidamente possível, ok?”* A colega enfermeira, com uma expressão de desalento, disse: *“já estou aqui uns cinco minutos e está difícil de desobstruir... refluiu muito sangue...”* A técnica, aparentando nervosismo e com lágrimas nos olhos, interrompeu-a: *“a culpa foi minha... esqueci de fechar a torneirinha na hora de trocar a NPT e quando vi tinha voltado muito sangue pelo cateter.”* Percebi que o clima entre as duas estava tenso e então falei: *“calma gente... vou lavar as mãos e dar uma olhada para ver como está o cateter.”* Lavei as mãos e retornei à incubadora de Amor-Perfeito e solicitei à técnica que preparasse a seringa com heparina, para tentar desimpedir o cateter. Ao manuseá-lo, percebi que apresentava resistência e tentei fazer mais um pouco as manobras de desobstrução, mas não obtive sucesso. Então falei: *“vamos parar um pouco e deixar a solução de heparina dentro do cateter para ver se dissolve a fibrina que*

formou no trajeto.” Depois de uns quinze minutos, retornei na incubadora do bebê para realizar as manobras de desobstrução, juntamente com a enfermeira. Neste meio tempo, Gérbera estava na entrada da unidade, esperando para entrar, e então a técnica que estava cuidando de Amor-Perfeito falou, com um tom de preocupação: *“a mãe do bebê está aí... vou dizer a ela para voltar depois.”* Olhei para ela e disse: *“não tem problema! Pode deixar a mãe entrar para ver seu bebê.”* Ela, com um tom de preocupação, e apreensiva, disse: *“mas ela vai ver que o cateter obstruiu e vai ficar preocupada.”* Respondi: *“a mãe tem que saber tudo que acontece com o seu filho, tanto as boas notícias como as más... vamos explicar a ela o que aconteceu e caso não consigamos desobstruir o cateter, temos que tentar passar outro, não é mesmo?”* Percebi que a funcionária estava nervosa e tentei minimizar seu sentimento de culpa: *“vamos relatar os fatos apenas; pode deixar que eu converso com ela.”* Gérbera estava olhando para nós, enquanto conversávamos. Solicitei à funcionária que fosse pedir para Gérbera entrar na UTI (DV com uma funcionária da UTIN).

Olhei para a funcionária que estava na minha frente segurando Amor-Perfeito e percebi que ela também estava mais calma. Ao perceber meu olhar, murmurou baixinho: *“não pode perder este CCIP de jeito nenhum... se depender de mim nem obstruir não vai mais.”* Ela parecia aliviada e percebi ainda mais o seu comprometimento em relação aos cuidados com o CCIP (DV com uma funcionária da UTIN).

Nestes diálogos ficou evidente o quanto que a equipe também demonstrava preocupação e comprometimento com os cuidados de manutenção do CCIP no recém-nascido e também sua família, pois sabia que este dispositivo era importante, não apenas para o tratamento terapêutico da criança, mas, adicionalmente, gerava conforto para os familiares, uma vez que sua instalação evitava o sofrimento do bebê em consecutivas punções venosas periféricas. Isto demonstra que a equipe passou a se interessar em aprender cada vez mais sobre o contexto familiar, visto que testemunhava que trazia bem-estar a todos.

Então, a exemplo deste diálogo vivido, posso dizer que a relação entre a enfermeira-equipe-recém-nascido-família se concretizava efetivamente, aproximando-se do que Paterson e Zderad (1979, p.61, tradução nossa) classificaram como “uma rede complexa de relações inter-humanas que influem no diálogo da enfermeira”, de modo que, em várias passagens da PCA, acreditei que dali em diante estaríamos juntos

em “um mundo real de homens e coisas em um determinado tempo e espaço” (PATERSON; ZDERAD, 1979, p.61, tradução nossa), que se constituiria na minha atuação como enfermeira humanística junto a família do recém-nascido submetido ao CCIP, com a colaboração da equipe neonatal. Tais momentos me fizeram acreditar que, utilizando valores relacionados com singularidade e autenticidade, é possível estabelecer relações de trocas em busca de uma assistência mais humanizada. É possível oferecer à família uma assistência diferenciada, com o envolvimento existencial da enfermeira, em uma situação especial de sua vida, no qual ambos vivenciam e compartilham a experiência, de forma a encontrar significado na experiência, e não apenas, deixando-se passar por ela.

Vale ressaltar, também, que com o procedimento do CCIP, na relação EU-ISSO, tive a oportunidade de proporcionar momentos de interação com os demais membros da equipe da UTIN e a família. O cuidado autêntico prestado pela equipe à família e o reconhecimento deste cuidado é desvelado quando o EU do ser que cuida (equipe) encontra o TU (família) do ser cuidado, compreendendo-se mutuamente e adentrando à esfera da relação. Desta forma, no momento em que ambos compartilharem um único espaço e tempo existencial, intermediado pela responsabilidade e cumplicidade de estar-com-o-outro e fazer-com-o-outro no ambiente da UTIN, é uma maneira de vivenciar a experiência do outro.

A funcionária que estava prestando cuidados comentou: *“sua filhinha não pára quieta... tentei arrumar ela várias vezes com o ninho, com o cueiro, mas ela não pára e se não ficar de olho ela puxa tudo... hoje de manhã ela estava puxando com a outra mão o cateter e então tive que fazer uma luva com gaze para ela sossegar.”* Violeta olhou espantada para a auxiliar e disse: *“ela puxou o cateter?”* A funcionária, percebendo a preocupação da mãe, respondeu: sim, ela segurou firme e estava puxando, mas não chegou a tracionar o cateter. Enquanto Violeta e a auxiliar conversavam, eu ia preparando o material para realizar a troca do curativo (DV com Violeta e uma auxiliar da UTIN).

Depois de uns 10 minutos, fui até a UTI e me aproximei de Violeta, externando: *“oi, Violeta! Como você está?”* Sua fisionomia estava melhor em relação aos outros dias. Ela respondeu: *“estou bem!... e você, melhorou a voz?”* Respondi: *“está um pouco melhor, mas de vez em quando a voz ainda falha, mas já estou tomando remédio.”* Ela então falou: *“dizem que tomar chá de limão com mel é bom para a voz.”* A

técnica que estava cuidando do bebê de Violeta ouviu nossa conversa e, num tom de brincadeira, falou: *“realmente, nesse dias parece que a Márcia nem veio trabalhar, está um sossego!!!”* Olhei para ela e falei: *“não sabia que eu incomodava tanto assim...”* A pediatra que também ouviu o comentário, falou: *“viu, quem manda falar demais...”* A funcionária então completou: *“a Márcia não só fala demais como é exigente e quer tudo certinho e quando não está a gente sente falta dela.”* Violeta, acompanhando a conversa, começou a rir e disse: *“sua a fama aqui é boa, né?”* Então, ainda um pouco afônica, respondi: *“elas falam, mas sei que gostam de trabalhar comigo.”* Elas começaram a rir e a pediatra finalizou o assunto: *“é, a gente acaba acostumando, fazer o quê!”* (todas riram) (DV com Violeta – F3, funcionária da UTIN e a pediatra plantonista).

Violeta ficou me olhando e a técnica que estava cuidando do bebê e estava acompanhando nosso diálogo, acrescentou: *“o CCIP é a melhor coisa que inventaram para os bebês.... antes a gente tinha que ficar picando o bebê várias vezes para pegar uma veia e além de ele sentir dor ainda tinha o risco de fazer alguma lesão na pele se a medicação saísse fora da veia”* (DV com Violeta – F3 e uma técnica de enfermagem da UTIN).

Por volta das oito horas, Gérbera entrou na unidade para amamentar seu bebê. Fui ao encontro dela, cumprimentei-a e disse: *“oi, Gérbera! temos uma notícia para você...”* ela me olhou espantada e disse: *“o Amor-Perfeito vai de alta?”* Respondi que sim e ela estava radiante de alegria: *“meu Deus, que notícia maravilhosa!”* Pegou seu bebê no colo e disse: *“meu pequeno... vou levar você para a nossa casa... vou ligar para o seu pai para ele vir nos buscar com seus irmãos.”* Falei que o pediatra gostaria de conversar com ela para passar as orientações de alta e assim que estivesse tudo pronto Amor-Perfeito seria liberado. Aproveitei o momento e agradeci Gérbera pela participação no estudo e que tinha gostado muito de estar próximo dela e de seu bebê durante este período. Ressaltei que para mim foi um crescimento, tanto pessoal, quanto profissional. Ela se dirigiu a mim e disse: *“gostei muito de te conhecer e por fazer parte do teu estudo... você é uma excelente enfermeira e a equipe toda aqui também está de parabéns. Vocês me ajudaram muito neste período e hoje o meu maior presente é poder levar meu pequeno Amor-Perfeito para casa... obrigada por tudo!”* Gérbera me abraçou e com os olhos cheios de lágrimas falou: *“agora chega de choro... vou*

ligar para meu esposo vir nos buscar” (DV com Gérbera – F3).

Disse a eles que compreendia o momento especial que ambos estavam passando pela situação clínica de Girassol, mas que o procedimento do CCIP era muito importante para a terapia intravenosa que estava sendo realizado e também para evitar a exposição dele nas tentativas de punção das veias periféricas. Eles concordaram com minha explicação e finalizando o diálogo, Alecrim comentou: *“sabemos que tudo que está sendo feito é para o bem dele... vocês são realmente profissionais e só tenho coisas boas para falar desta unidade... oro por vocês todos os dias para que Deus ilumine o trabalho de vocês e continuem fazendo o meu melhor para nosso filho e para os outros bebês aqui dentro.”* Fiquei emocionada ao ouvir as palavras de Alecrim e então falei: *“obrigada por lembrar-se de nós em suas orações... a equipe trabalha aqui com muita dedicação e procuramos sempre fazer tudo que é possível para recuperar esses bebês... estas crianças são especiais para nós” (DV com Tulipa e Girassol – F5).*

Logo após a passagem do plantão, estava conversando com uma colega enfermeira, quando o médico plantonista se aproximou e nos questionou da possibilidade de Girassol ir para o quarto com a mãe com o CCIP até completar o tratamento com o antibiótico. Eu e a colega nos olhamos espantadas, pois nunca havia acontecido uma situação como esta antes e então falei: *“acho que é possível sim, mas temos que nos organizar e preparar a equipe porque o bebê ficará ainda sob na nossa responsabilidade.”* Ele argumentou dizendo que como a criança iria ficar mais alguns dias com o antibiótico antes de ter alta hospitalar e que, por ser um bebê a termo e estar bem clinicamente, ficaria melhor no quarto recebendo os cuidados da mãe. A colega enfermeira falou: *“com certeza é uma situação nova, mas acho que é possível fazer sim. Márcia, isso já é reflexo do teu trabalho.”* Então completei dizendo: *“como o bebê está recebendo amamentação por livre demanda, isto contribuiria muito para minimizar o cansaço dela e também possibilitar que ela fizesse os cuidados de higiene e conforto do bebê, como forma de firmar o vínculo entre eles.”* O pediatra, sorrindo, falou: *“bem, coloquei a bola na mão de vocês... pensem sobre esta possibilidade e depois conversamos mais para amadurecer a idéia.”* Ele saiu e então eu e a colega enfermeira ficamos conversando e planejando como poderíamos fazer isso acontecer. Achamos que a idéia germinada pela PCA estava começando a vingar. Apesar de ser um grande desafio para a enfermagem, principalmente, valeria tentar proporcionar este cuidado

diferenciado, visando o bem-estar da família. Era então necessário começar os preparativos da equipe médica, da enfermagem e da família para realizar assistência ao um RN com CCIP fora do ambiente da Unidade Neonatal (DV com uma colega enfermeira e o pediatra plantonista).

Após a passagem do plantão conversei com as enfermeiras sobre a transferência de Girassol para o Alojamento Conjunto com a mãe e que ele iria com o CCIP. Enfatizei que os cuidados ficariam sob a nossa responsabilidade e contava com a colaboração delas, pois além de ser uma experiência nova para a equipe e também para a família, também teria mudança na rotina e isso poderia gerar certo grau de ansiedade para todos. Solicitei, também, que me ajudassem a falar nos plantões quais seriam os cuidados que deveríamos ter com este bebê e sua mãe, enquanto estivessem no alojamento conjunto, pois os cuidados especificamente com relação ao CCIP continuariam os mesmos. Eu a colega enfermeira enfatizamos que acreditávamos que seria bom o bebê ficar no quarto com a mãe e os demais integrantes da família que estivessem como acompanhantes, pois além de terem a oportunidade de realizar os cuidados diretos, estariam mais próximos dele, fortalecendo o vínculo e mantendo a amamentação (DV com as demais colegas enfermeiras).

Crossetti (1997, p. 31), em estudo que teve por objetivo desvelar o que acontece no mundo do cuidar em Enfermagem à luz da fenomenologia-existencial, constatou que fazer Enfermagem “é cuidar do outro, é cuidar do eu, é perceber, é se preocupar e estar-com-o-outro. É estar para ouvir, ver, experimentar e conhecer”. Neste sentido, entende-se que para alcançar este cuidado humanístico é fundamental, ao ser que cuida, estar aberto à relação-com-o-outro, estar aberto, presente, com todo o seu ser, no tempo e espaço compartilhados com a família.

6.3.3 A enfermeira mantém-se disponível, receptiva para a família no cuidado de manutenção do CCIP (a presença)

Durante todo processo de manutenção do cateter, permaneci ao lado da família como presença genuína. Estava aberta e disponível,

revelando-me no aqui e agora da família e acolhendo cada uma das famílias como “pessoas” e não um objeto ou um caso. Esta é a verdadeira presença que envolve reciprocidade e sintonia, pois cada ser humano sente a passagem dos minutos e percebe o espaço diferentemente, de acordo com o que está acontecendo na sua vida, naquele determinado momento (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Por volta das 10h00min, estava preparando material para realizar a troca do curativo, quando Rosa retornou na unidade. Ela entrou e perguntou: “ *você vai trocar agora o curativo do cateter?*” Respondi que sim e expliquei como seria realizada a troca. Lavei as mãos e solicitei para a técnica que administrasse algumas gotinhas de glicose na boca do bebê, antes de iniciar o procedimento. Aproximei-me da incubadora e falei baixinho com Lírio, dizendo o que iríamos fazer (DV com Rosa – F2).

Rosa aparentava tranquilidade e não parecia mais tão abatida, após a técnica do curativo (DV com Rosa – F2).

Percebi que Violeta parecia se sentir importante em poder participar dos cuidados. Mostrei a ela onde fazíamos os registros no prontuário e na folha de controle de avaliação diária do CCIP. Após, Violeta voltou para o quarto para almoçar. Antes, abriu um sorriso e agradeceu por ter estado perto do seu bebê neste momento (DV com Violeta – F3).

Mesmo quando estive afônica, por dias seguidos, com problemas sérios nas cordas vocais, não perdi de vista a presença genuína junto às famílias. Estive ali dando apoio, demonstrando carinho, afeto, respeito pelas suas vivências. Exercitei o diálogo dos gestos, das expressões faciais, do olhar, do coração. Percebi a verdadeira expressão do uso da linguagem não-verbal, onde o simples olhar, o toque delicado, um sorriso, eram inteiramente compreendidos pela família, fazendo com que ela se sentisse segura e menos solitária. Comprovei que o estar-com-a-família pode acontecer mesmo que nenhuma palavra necessite ser proferida. Confirmei que a presença da enfermeira, para significar cuidado, deve ser afetiva, pronta para dar e receber afeto (ROLIM; PAGLIUCA; CARDOSO, 2005).

Mesmo afônica, estive ao lado de Violeta durante toda a manhã, pois seu bebê teve uma piora clínica e ela se aproximou ainda mais de mim. No final da manhã, veio na unidade para conversar com a pediatra sobre o quadro clínico de Orquídea, que havia apresentado vários episódios de

apnéias e quedas de saturação, necessitando ser colocada novamente no CPAP nasal. Fiquei ao seu lado acompanhando o diálogo e percebi que sua expressão facial demonstrava preocupação e apreensão à medida que a pediatra falava. Coloquei minha mão sobre seu ombro e fiquei ali no seu lado, acompanhando o decorrer do diálogo. No final, senti a mão de Violeta procurando a minha (DV com Violeta – F3 e a pediatra plantonista).

Em outros momentos em que a comunicação pôde ser efetivada verbalmente, mostrei-me disponível para as famílias através da escuta, do estar junto, do prestar atenção aos sentimentos aflorados durante todo o processo de manutenção do cateter. Em muitos momentos da assistência, focalizei minhas ações nas palavras de Cunha (2007), que refere que dentro do ambiente tecnológico hospitalar são emitidos sons, ruídos, sem que, muitas vezes, sejam escutados. São apenas ouvidos. Escutar é o estar aberto existencial da presença, enquanto ser-com os outros.

Enquanto acomodava Amor-Perfeito na incubadora, olhei para Gérbera e perguntei: *“está tudo bem com você? Estou achando você um pouco triste hoje... aconteceu alguma coisa?”* Ela encheu os olhos de lágrimas e disse: *“posso conversar um pouco com você depois?”* Respondi: *“sim, claro... pode ser agora se você quiser... vamos lá na sala de reuniões”* (DV com Gérbera – F4).

Enquanto escutava a funcionária falar, fiquei olhando para o casal e percebi que Alecrim olhava em silêncio para seu filho. Estava sério e com semblante de preocupação. Comentei: *“você me parece preocupado com alguma coisa.”* Ele esboçou um sorriso e disse: *“só estava aqui pensando em tudo que meu filho está passando... oro todos os dias para nosso Deus para que ele melhore logo para podermos levá-lo para nossa casa”* (DV com Alecrim – F5).

Gérbera, olhando fixamente para o bebê, falou: *“será que hoje vou ter coragem de ficar do lado dele? ... ele vai sentir muita dor quando tirar este curativo?”* Gérbera se referia à película transparente que fixava o CCIP. Respondi: *“hoje, como ele já está sendo alimentado, vamos dar umas gotinhas de glicose na boquinha dele antes de começar a troca do curativo para minimizar a dor.”* Ela, olhando para seu filho, disse: *“está bem... vou criar coragem e vou tentar ajudar você, mas se eu não*

conseguir ficar, posso sair?” Respondi a ela que a decisão era sua, mas a incentivei a ficar: *“Gérbera, para o Amor-Perfeito não tem pessoa melhor do que a mãe dele para confortá-lo.”* Ela esboçou um sorriso e disse: *“eu sei, mas nunca imaginei que um dia ia ter um bebê prematuro e que ficasse numa UTI... estou aprendendo muitas coisas aqui com vocês e também com ele, que me transmite muita força (DV com Gérbera – F4).*

Para Paterson e Zderad (1979) o estar-com é como um tipo de fazer, que na realidade implica na presença ativa da enfermeira. Em seu sentido mais amplo, completam as autoras, o estar-com exige que toda atenção seja fixada na família, estando atento a uma necessidade aqui e agora na situação vivenciada. A capacidade de estar presente autenticamente com o outro, permite à enfermeira participar com o outro da experiência que o outro vive. Conforme Paterson e Zderad (1988) a presença genuína é que dá significado às ações de enfermagem. Isto não significa que a enfermeira precise estar sempre presente fisicamente, mas seu cuidado deve estar sempre intencionalmente voltado para as famílias.

Após tudo pronto, orientei a eles quais eram os cuidados que deveriam ter em relação ao CCIP e os também em relação a uma rotina que iria ser realizado pela equipe da Unidade Neonatal para dar a assistência ao bebê durante a permanência dele no quarto. Falei a Tulipa que todos os dias uma funcionária ficaria responsável pelos cuidados de Girassol e a enfermeira assistencial também passaria para avaliar o bebê. Disse a ela que caso acontecesse algum problema com a bomba de infusão ou mesmo se precisasse de auxílio para qualquer situação, solicitasse a uma funcionária do setor para ligar para a Unidade Neonatal e chamar alguém para vir imediatamente atendê-la (DV com Tulipa – F5).

Expliquei que estaria de plantão o dia todo e que de vez em quando passava lá para ver como estavam. Deixei-os curtindo Girassol, que dormia tranquilamente, e eu e a funcionária retornamos para a unidade. Durante o dia passei várias vezes no quarto para ver como estava Girassol e Tulipa (DV com Tulipa e Alecrim – F5).

6.3.4 A enfermeira utiliza seu potencial profissional para atender os chamados da família (chamados/respostas)

Durante esta fase busquei, por meio do conhecimento intuitivo e científico, responder aos chamados das famílias no processo de manutenção do cateter. Isto envolveu, quase sempre, responder às dúvidas relacionadas com as complicações que poderiam surgir ou mesmo que ocorreram com o CCIP. Atentei-me para o momento experiencial de cada família e procurei, por meio de linguagem acessível, comunicar-me com elas, visando responder aos questionamentos.

[...] *“quanto tempo o cateter fica no bebê?”* Respondi que o CCIP ficava até quando fosse necessário para terminar a terapêutica e que o mesmo era importante para não expor o bebê a vários estímulos dolorosos, provocados por várias punções venosas periféricas. Violeta respondeu com outra pergunta: *“então o CCIP é uma coisa boa para o bebê, né?”* Respondi que tinha muitas vantagens e benefícios, tanto para a criança, quanto para a equipe, que tinha um acesso venoso seguro para fazer as medicações que fossem necessárias (DV com Violeta – F3).

[...] *“falando do cateter, lá na sala, como está o CCIP da Orquídea? Está tudo bem?”* Argumentei que seu bebê já estava no quinto dia de cateter e todos os dias eu olhava o curativo, o local de inserção, para ver se estava limpo e sem secreção, as medicações e soros que estavam sendo infundidos, o Raio-X, para ver se estava bem posicionado, ou seja, os cuidados diários de manutenção do CCIP. Ela então falou: *“depois que você me falou desses cuidados, eu comecei a observar que quando alguém vinha mexer no cateter, se passavam aquela solução de que você falou para limpar...”* Respondi a Violeta que era a clorexidina alcoólica a 0,5% nas conexões (torneirinhas e equipo), antes de abrir o sistema para fazer qualquer medicação ou mesmo trocar os soros e que esse também era um dos principais cuidados para evitar contaminação e infecção do cateter (DV com Violeta – F3).

[...] *“ela pode ter uma infecção pelo cateter?”* Respondi: *“de todos os tipos de cateteres centrais utilizados nos recém-nascidos, o CCIP é o que menos provoca infecção... como ele é um cateter que é inserido através de uma punção venosa e fica posicionado perto do coração,*

precisa de cuidados especiais para evitar a contaminação dele e então, um desses cuidados, por exemplo, é a limpeza das conexões (mostrei a ela a torneirinha) com uma solução chamada de clorexidina alcoólica 0,5%, antes de administrar qualquer medicamento ou mesmo trocar os soros.” Violeta me olhava atentamente enquanto falava e às vezes fazia um gesto positivo com a cabeça, demonstrando estar compreendendo minha explicação (DV com Violeta – F3).

Ela ficou me olhando atentamente e em seguida perguntou: *“isso sempre acontece?”* Respondi: *“não, na maioria dos bebês que utilizam CCIP não ocorre contaminação. Você lembra que falamos sobre os cuidados há mais ou menos umas duas semanas atrás?”* Ela me olhou firmemente e disse: *“lembro mais ou menos”*. Então falei: *“aqui na unidade temos um protocolo de cuidados de manutenção para cuidar do cateter enquanto está inserido no bebê e um desses cuidados, por exemplo, é a limpeza das conexões com uma solução chamada de clorexidina alcoólica, utilizada antes de abrir ou manipular o sistema. Talvez você não recorde, mas já havíamos conversado sobre isso”*. À medida que ia falando, também ia mostrando todo o sistema conectado ao cateter, o equipo, a torneirinha e o polifix. Violeta demonstrava entender o que falava e parecia mais tranquila, interessada em relembra os cuidados. Comentou: *“lembro que você tinha falado de uma solução que passa antes de mexer no cateter... como era mesmo o nome?...”* apontando para a almotolia que estava na cabeceira da incubadora do bebê. Respondi: *“clorexidina alcoólica”*. E percebendo seu interesse pelo assunto, mesmo com dificuldades para falar, aproveitei o momento e expliquei novamente sobre os outros cuidados com o CCIP, como a inspeção diária do local de inserção do cateter, a troca do curativo, os cuidados para não tracionar o cateter, entre outros (DV com Violeta – F3).

[...] Gérbera se aproximou e perguntou: *“o sangue refluiu de novo?”* Respondi que não e procurei falar numa linguagem simples que o CCIP poderia obstruir total ou parcialmente, e que poderia ser causado tanto por incompatibilidade de drogas como a formação de fibrina ou de coágulo de sangue. Falei que teríamos que conferir se o antibiótico não era incompatível com a NPT (DV com Gérbera – F4).

O uso de uma linguagem mais acessível ao entendimento da família que vivencia a etapa de manutenção do CCIP é uma condição essencial para que o encontro entre enfermeira-família-recém-nascido

aconteça. A aproximação da enfermeira à família por meio de um diálogo acessível ao seu nível de compreensão deixa-a mais segura e confiante para relatar a experiência que vivencia, e também em quais aspectos de sua vida está sendo determinada. Dessa forma, a enfermeira consegue levantar as necessidades de cuidado, planejando suas ações de acordo com a subjetividade de cada um.

Para Paterson e Zderad (1979), o diálogo entre dois seres humanos não está restrito à noção de mandar e receber mensagens verbais e não verbais, mas sim, como comunicação em termos de chamados e respostas. As teóricas entendem que o ser humano compreende o outro ao estabelecer uma relação. Por meio desta relação é que o encontro de cuidado se desenvolve, sendo considerada essencial à Enfermagem. Nesta transação inter-humana e intersubjetiva, um ser revela-se ao outro pela expressividade, em palavras, gestos, olhar intuitivo e até mesmo o silêncio. No diálogo vivido cada ser respeita o outro como um ser único. Para isso faz-se necessário estar aberto e atento ao que cada família expressa em relação a esta nova vivência e tentar ajudá-la no que for possível. Buber (apud PATERSON; ZDERAD, 1988) esclarece que a condição necessária para conhecer o outro intuitivamente está na capacidade de reconhecer o outro na sua singularidade, respondendo a esta condição sem se impor e perpetuando a capacidade de surpresa e questionamento; estando realmente com o outro, e não somente por aparência.

Outro ponto a ressaltar aqui foi em relação aos momentos vivenciados com as famílias nas complicações que surgiram com o CCIP durante a manutenção do mesmo. A maioria das famílias ficou apreensiva, chamando a enfermeira para saberem o motivo que levaram a essas complicações. A enfermeira, por meio do seu conhecimento técnico-científico, respondeu a cada chamado das famílias, sendo que alguns desses ocorreram de forma não-verbal, através de suas expressões faciais, corporais e até mesmo no silêncio.

Continuamos a realizar as manobras e aos poucos os coágulos de sangue foram saindo. Depois de alguns minutos conseguimos desobstruir o CCIP. Então, Gérbera, percebendo o resultado positivo, suspirou e desabafou: *“meu Deus, que bom... assim ele não precisa passar outro cateter e nem ficar levando picadas de agulha...”* Em seguida ficou em silêncio e com um semblante de apreensão e com olhos fixados em nossas mãos, enquanto terminávamos de retirar o sangue coagulado do cateter... [...] Enquanto fazíamos a manobra de desobstrução, Gérbera

aproximou-se mais perto da incubadora e olhando o que fazíamos perguntou com tom de preocupação: *“e se vocês não conseguirem desobstruir esse cateter, vão ter que passar outro?”* Respondi: *“sim... seu bebê ainda está em jejum por causa da distensão abdominal e precisamos manter a terapêutica dele, principalmente a nutrição parenteral e os antibióticos”* (DV com Gérbera – F4).

Ela franziu a testa, encheu os olhos de lágrimas e num tom voz angustiada perguntou: *“vai ter que tirar o cateter dele?”* Respondi que a obstrução era uma das complicações que podia ocorrer com o CCIP, mas que existiam alguns cuidados de rotina para a manutenção do cateter. Procurei falar de uma maneira simples, que de rotina eram realizados alguns cuidados para manter a permeabilidade do CCIP como: a lavagem intermitente do cateter com solução de heparina, o fechamento das conexões na hora de trocar os soros e na administração de medicamentos (DV com Gérbera – F4).

Tulipa, olhando atentamente o que fazíamos, referiu: *“como que vocês sabem que o cateter tem algum problema dentro dele?”* Respondi que podemos perceber a resistência durante os cuidados de rotina de lavagem do cateter a cada seis horas ou mesmo no momento de fazer algum medicamento ou troca de algum soro ou outra solução sendo infundida pela bomba de infusão. Então para tentar minimizar a situação falei que compreendia a preocupação em relação ao CCIP, porque é um dispositivo muito importante para o RN, pelas diversas vantagens e benefícios que possui. Falei novamente sobre o protocolo onde estão escritos todos os cuidados em todas as etapas do processo (inserção, manutenção e retirada do cateter) (DV com Tulipa – F5).

O caráter do diálogo vivido na enfermagem pode melhor ser explicitado quando se considera como chamado e resposta, com um propósito determinado. A família chama pela ajuda e a enfermeira responde com a ajuda. A enfermagem é um chamado vivo e uma resposta reflexiva de cada forma de comunicação humana (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Peguei o bebê novamente no meu colo para acalmá-lo e disse: *“Rosa, fique tranquila; vou ajudar a colocar seu bebê de novo no seu colo para tentar mamar e vou ficar aqui do seu lado para cuidar para que o cateter não seja tracionado, tudo bem?”* O RN retornou ao seu colo. Parecia estar com fome. posicionei-o para sugar. Ele pegou rapidamente

o seio e começou a mamar. Rosa estava tensa. Fiquei ao seu lado e sem tardar, comentou: *“tenho medo que ele perca esse cateter, já foi difícil vocês conseguirem passar... ele não pode perder esse cateter de jeito nenhum.”* [...] Fui dialogando com Rosa na tentativa de descontraí-la, mas percebi que enquanto falava sua preocupação para não perder o cateter continuava, pois de vez em quando ficava olhando para o curativo para ver se estava tudo bem.

Em seguida retornei ao quarto de Tulipa e chegando lá falei a ela que levaríamos Girassol para a unidade para passar outro cateter. Com os olhos lacrimejantes, expôs: *“eu já imaginava que isso ia acontecer.”* Então disse: *“Tulipa você acompanhou que nestes dias este CCIP estava muito pesado para infundir e algumas vezes apresentou obstrução.... então é melhor passar outro cateter para ele terminar o antibiótico com segurança.”* Ela abaixou os olhos e começou a ajeitar o bebê. Percebi que estava triste e então a ajudei a levar Girassol para a unidade (DV com Tulipa – F5).

Vários autores, entre eles Davis (1979) e Silva (1996), afirmam que as emoções são transmitidas através da linguagem não-verbal. Muitas vezes emitimos sinais emocionais inconscientemente, como também recebemos sinais emocionais sem consciência de estarmos reagindo a eles. Sendo assim, torna-se necessário que as enfermeiras resgatem conscientemente a comunicação não-verbal emitida pelos recém-nascidos e também por suas famílias, para entender melhor a relação enfermeira-recém-nascido-família. Davis (1979) complementa, relatando que os propósitos da comunicação não-verbal são múltiplos, incluindo expressões de emoções e atitudes, estabelecimento, manutenção e desenvolvimento do relacionamento social, suporte da comunicação verbal, rituais e apresentação do *self*.

A enfermeira que estiver aberta ao todo da experiência será capaz de perceber esses chamados, intervir, dialogar e responder na frequência e no ritmo que a família estiver requerendo. Esta transação é totalmente diferente dos movimentos tecnicistas, padronizados, lógicos e centrados inteiramente na ciência neonatal, que é o que acontece no cotidiano muitas vezes amorfo e controlador da assistência dentro do ambiente neonatal das unidades hospitalares.

O diálogo vivido com as famílias e seus recém-nascidos submetidos ao CCIP me fez imergir num mundo existencial e profissional totalmente divergente do mundo acostumado, familiar,

tranquilo, conhecido e “seguro” do dia a dia da assistência neonatal. Muitas foram as vezes em que a insegurança, a ansiedade e o andar titubeante tomou conta dos meus passos, mas, ao mesmo tempo, procurei enfrentar o desafio de cabeça erguida, completamente confiante de que o maior engodo é acreditar que nada mais há a aprender, que nada mais há a conquistar e que nada mais há a viver.

Minha íntima convivência com essas famílias ajudou a descortinar muito mais do que respostas às perguntas de pesquisa; auxiliou no revigoramento do meu próprio potencial, como enfermeira e como ser humano. As famílias participantes talvez nem tenham se dado conta que, ao perseguirem o objetivo de ser-e-estar-melhor, a partir do diálogo vivo com a enfermeira, acabaram por proporcionar também à enfermeira a oportunidade de crescer para ser-e-estar-melhor como ser humano, no mundo relacional com o cliente recém-nascido e sua família.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste último capítulo retomo os objetivos do estudo, procurando focalizá-los agora numa dimensão de síntese, como é requerido em qualquer processo investigativo. Como referem Trentini e Paim (2004, p. 99), “um dos pilares da pesquisa convergente-assistencial está pautada na crença de que a realidade é múltipla e pode ser construída”. Na visão dessas autoras, em congruência com o que rege princípios básicos do saber científico, o “fazer” investigativo trata-se de um modo, entre outros, de criar a realidade. Assim, a realidade pode ser desvelada e interpretada por diferentes visões, desde que os princípios do rigor, da ética e da criatividade sejam respeitados. Desta maneira, tive a preocupação, antes de tudo, em saber se as perguntas de pesquisa eram “possíveis de respostas” e não a quaisquer “respostas”, uma vez que os critérios referentes à veracidade, à neutralidade e a generalização são substituídos pela credibilidade e o rigor com que o estudo foi conduzido (TRENTINI; PAIM, 2004). Neste sentido, como enfermeira-pesquisadora, esta foi a minha preocupação durante todos os momentos e situações vivenciadas neste estudo.

Desta forma, orientada na investigação pela Pesquisa Convergente-Assistencial, de natureza qualitativa, busquei compreender a experiência da família dos recém-nascidos submetidos ao CCIP, de maneira que pudesse auxiliá-las no processo de implantação do CCIP, durante todo o período de hospitalização, contribuindo assim para seu bem-estar e estar melhor. Para isto, procurei organizar meu conhecimento científico através de uma revisão minuciosa da literatura, buscando inter-relacionar e inserir o referencial teórico-metodológico em sintonia fenomenológico-existencial e a prática assistencial.

Por meio da Enfermagem Fenomenológica, pude colocar em prática o diálogo vivo com cada uma das famílias, nas diferentes etapas decorrentes do processo de implantação do CCIP, seja na pré-inserção, na inserção propriamente dita e no período pós-inserção, quando os cuidados com a manutenção do cateter no bebê ganhou dimensões ainda mais complexas. Para isto, foi necessário que vivenciasse plenamente cada fase assistencial, a fim de alcançar as respostas às questões pertinentes da pesquisa. Foi necessário que eu me preparasse intuitivamente para encontrar com cada uma dessas famílias, respeitando-as como unidades ímpares, singulares, possuidoras de uma história de vida específica e dotadas de sentimentos e emoções.

Procurei, assim, estar presente, aberta e disponível para cada família, com o intuito de focalizar o momento existencial que expressavam frente a essa nova vivência, e procurando auxiliá-las a encontrarem significados na experiência vivida.

A PCA, em interlocução com a Enfermagem Fenomenológica, foi uma decisão importante para meu percurso teórico-metodológico, pois possibilitou reavaliar meus pensamentos e recriar ações, tanto para a prática, quanto para a pesquisa, culminando na aproximação existencial com cada uma das famílias e seus recém-nascidos, durante o processo de implantação do CCIP dentro do complexo cenário da UTIN. Por meio desta abordagem, pude conhecer intuitivamente e cientificamente cada ser-família e seus recém-nascidos, adquirindo uma nova postura pessoal e profissional, aprofundando a compreensão sobre a experiência destas famílias que necessitam de atenção frente a um cuidado especializado, durante o processo de hospitalização.

O estar-com estas famílias durante toda a PCA oportunizou novos ensejos de vir-a-ser, tanto para as famílias, quanto para mim, como enfermeira. Além disso, propiciou algo novo também para a equipe neonatal, que pôde acompanhar a trajetória vivenciada com estas famílias e, certamente, não será a mesma de agora em diante.

Concluí que a experiência da família frente à implantação do CCIP envolve uma plêiade de sentimentos que vai evoluindo, a partir do diálogo vivido oportunizado pela enfermeira. Inicialmente com muito medo, confusão e preocupação, a família vai prestando atenção progressiva à trajetória vivenciada pelo recém-nascido, desde o período que antecede a intervenção, passando pela intervenção propriamente dita, até completar a fase final, que envolve a manutenção e a retirada definitiva do dispositivo.

Mesmo que observem que se trata de uma intervenção que provoca estímulo doloroso na criança, além de perceber, desde o início, que o CCIP pode levar a complicações variadas, a família demonstra interesse em participar – cada uma a seu modo – de todas as etapas de implantação do dispositivo. Com o passar do tempo, e com a possibilidade que é oferecida pela enfermeira, de co-participar em todos os momentos desta trajetória, de modo direto e intencional, a família acaba entendendo que a intervenção é imprescindível para a recuperação da saúde da criança.

À medida que vivencia o cotidiano da tomada de decisões a respeito de cada etapa de implantação do CCIP, a família se sente fortalecida e cada vez mais inserida no ambiente neonatal, participando da maneira que ela entende necessária e possível. Aquilo que parecia no

início uma barreira intransponível, já não parece tão avassalador e a família vai superando suas limitações e desenvolvendo cada vez mais seus potenciais para vir-a-ser junto com o recém-nascido e a equipe de saúde neste cuidado especializado. Consta-se aí que é através do verdadeiro partilhar e através de suas escolhas conscientes, que a família tem condições de romper suas barreiras limitantes e desenvolver estratégias para vir-a-ser mais em melhor no mundo.

A enfermeira neonatal auxilia a família a ser-mais e a estar-melhor durante todo o processo, desenvolvendo o diálogo vivido como uma poderosa ferramenta que a habilita a perceber a família por inteiro, a estar-com-a-família-sem-máscaras, a mostrar-se disponível e interessada nos movimentos de chamar/responder, a aprender a singularizar cuidados, bem como a envolver a família no cuidado, desde a pré-inserção, até a etapa de pós-inserção do cateter. Conclui-se que tanto a família quanto a enfermeira saem fortalecidas do processo, fazendo com que a experiência de ambos seja potencializada em direção ao estar melhor. Além de concretizar o direito das famílias e viabilizar, na prática, a inclusão social, a Enfermagem fenomenológica ajuda famílias e enfermeira a encontrarem significados na experiência.

A partir deste estudo, como enfermeira neonatal, tive mais uma vez o desafio de trazer a família para próximo deste ambiente complexo. Ao dar oportunidade a ela, de adquirir significado na experiência, sei que um grande passo foi conquistado, principalmente, num cenário tão árido e intervencionista como é o da UTI Neonatal. Creio que isto descortina um novo horizonte a ser aprofundado do ponto de vista assistencial, já que a participação da família é um direito a ser conquistado, uma atitude humanística a ser desenvolvida, e não apenas uma ação de quebra de norma ou protocolo.

Além disso, outras recomendações que este estudo evocou dizem respeito à participação dos demais integrantes da equipe neonatal, que precisam abrir os olhos para a concretização das idéias humanísticas tão apregoadas nas discussões, mas tão distantes da concretização efetiva. A PCA mostrou que alguns profissionais da equipe estão sensíveis à inclusão da família como co-partícipe das decisões e ações que dizem respeito aos cuidados especializados de seus filhos, mas também revelou que ainda há um longo caminho a ser percorrido para que a família seja incluída na tarefa assistencial, ao mesmo tempo em que potencializa a família em direção à melhoria de sua dimensão existencial de ser mais e estar melhor com seus bebês que vêm ao mundo doentes ou prematuros. É urgente que a verdadeira relação recém-nascido-enfermeira-equipe-

família possa ser levada a efeito no cotidiano do cuidado, para que, juntos, em consonância, possam desenvolver seus potenciais em direção ao ser e estar melhor.

Somente através da intersubjetividade é possível ter compromisso autêntico entre profissionais e clientes, e este só acontece quando um se envolve com o outro, estando disponível e receptivo para o outro. A relação dialógica é uma categoria existencial por excelência quando ajuda na compreensão da realidade, por meio da experiência vivida (ação), da reflexão (pensamento) e do relacionamento, porque permite abertura para que os seres humanos experienciem o mundo e a si próprios de forma integral.

Recomendo que os resultados deste estudo possam contribuir para repensar as ações de cuidado realizadas pela enfermagem e também por toda a equipe de saúde e possibilitar que a família possa ser cada vez mais inserida dentro do ambiente da UTIN. Os resultados acenam para a necessidade de a família ser coadjuvante em todos os cuidados realizados no recém-nascido, desde os mais simples, até os mais complexos, como este que foi abordado neste estudo. Este compartilhamento (de desejos, necessidades, decisões e participações) enseja benefícios para todos, pois permite adicionar significados positivos à experiência vivenciada.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, R. D; URIA, R. M A. Preparación del personal de enfermería en la técnica del cateterismo epicutáneo en neonatología.

Revista Cubana de Enfermería, Ciudad de la Habana, v. 24, n. 2, p. 1-5, 2008.

ALENCAR, L. F. A. Acesso venoso central em recém-nascidos: inserção periférica **versus** dissecação venosa. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Departamento Materno Infantil do Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

ANAND, K. J. S.; SCALZO, F. M. Can adverse neonatal experience alter brain development and subsequent behavior? **Biology of the Neonate**, Arkansas, v. 77, n. 2, p. 69-82, 2000.

ANAND, K. J. S. The international evidence-based group for neonatal pain: consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. **Arch Pediatr Adolesc Med.**, Arkansas, v. 155, n. 2, p. 173-180, 2001.

ARAI, J.; MOURI, Y.; MIYAMOTO, Y. Detection of peripherally inserted central catheter occlusion by in-line pressure monitoring. **Paediatric Anaesthesia**, Japan, v. 12, n. 7, p. 621- 624, 2002.

BARRETO, J. A. E.; MOREIRA, R. V. O. (Org.). **A outra margem: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano**. Fortaleza: Casa de José de Alencar/Programa Editorial, 2001.

BARRINGTON, K. J. Umbilical artery catheters in the newborn: effects of heparin. **Cochrane Database Syst Rev**, 2000.

BARRÍA, M. R.; LORCA, P.; MUÑOZ, S. Randomized controlled trial of vascular access in newborns in the neonatal intensive care unit. **Jognn Clinical Research**, Chile, v. 36, n. 5, p. 450-456, 2007.

BARRÍA, P. M.; SANTANDER, M. G. Cateterismo venoso central de inserción periférica en recién nacidos de cuidado intensivo. **Rev. chil. pediatr.**, Santiago, v. 77, n. 2, p. 139-146, 2006.

BAYLEY, G. Technique for insertion of percutaneous central venous catheters in the newborn period. **Arch Dis Child Fetal Neonatal**,

Bristol, v. 88, n. 3, p. 256–257, 2003.

BENJAMIN D. K. et al. Bacteremia, central catheters and neonates: when to pull the line. **Pediatrics**, North Carolina, v. 107, n. 6, p. 1272-1276, 2001.

BORCK, M. **Terceira etapa do método mãe-canguru: convergência de práticas investigativas e de cuidado no processo de adaptação de famílias com recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso.** 2007. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

BOWLBY, J. Cuidados maternos e saúde mental. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

BRAGA, N. de A.; MORSH, D. S. Os primeiros dias na UTI. In: MOREIRA, M. E. L.;

BRAGA, N. de A.; MORSH, D. S. **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na unidade neonatal.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003 a. p. 51-68.

BRAGA, P. P. **Cuidado, trabalho e diálogo: as interações na construção da integralidade do cuidado ao recém-nascido internado em UTI.** 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

BRASIL, Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente. Resolução nº 41, 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil (BR): Seção I, p.16319-20, 17 de outubro de 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Unidade de Terapia Intensiva – UTI.** 1998. Disponível em:
<http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/uti/GM_P3.432_98uti.doc>.
Acesso em: 28 mai. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Evolução da mortalidade infantil no Brasil: uma análise da situação de saúde.** 2004. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/SAUDE/visualizar_texto.cfm?idtxt=24437>.
Acesso em: 08 abr. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Normas de acompanhantes para mulheres em trabalho de parto.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília. 2001.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos**. Brasília: O Conselho, 1996.

BUBER, M. **Eu e tu**. 2ªed. São Paulo: Moraes, 1977.

_____. **Eu e tu**. 5ªed. São Paulo: Cortez e Moraes, 1979.

CÂMARA, S. M. C.; TAVARES, T. J. L. CHAVES, E. M. C. Cateter venoso de inserção periférica: análise do uso em recém-nascidos de uma unidade neonatal pública em Fortaleza. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 32-37, 2007.

CARVALHO, M.; GOMES, M. A. S. M. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81 n. 1, suppl.1, p. 111-118, 2005.

CASTANHA, M. L. **A (in)visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Department of Health and Human Services. **Intravascular device: related infections preventions; guidelines availability: notice**. Athanta (GO): CDC; 2002.

CHINN, P. L.; KRAMER, M. K. Nursing's knowledge development pathways. In: _____. **Theory and nursing: integrated knowledge development**. 5. ed. St Louis: Mosby, p. 17-47. 1999

_____. **Theory and nursing: a sistematic approach**. 4. ed. St. Louis: Mosby, 1995.

CHEN, C. C et al. Percutaneous removal of a peripherally inserted central catheter remnant using cardiac catheterization. **Pediatrics International**, Taiwan, v. 48, n. 4, p. 430-432, 2006.

CONNOLLY, B. et al. Influence of arm movement on central tip location of peripherally inserted central catheters (PICCs). **Pediatric Radiology**, Toronto, v. 36, n. 8, p. 845-850, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM/COFEN. Resolução

COFEN 240/2000. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2000.

_____. Resolução COFEN 258/2001. **Inserção de Cateter Periférico Central, pelos enfermeiros**. Rio de Janeiro, 2001.

COSTA, R. **Reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe-canguru em uma unidade de neonatologia: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora**. 2005. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

COSTENARO, R. G. S. **Ambiente terapêutico de cuidado ao recém-nascido internado em Unidades neonatais**. Santa Maria (RS): UNIFRA, 2001.

COSTENARO, R.G.S.; MARTINS, D.A. Qualidade de vida do recém-nascido internado em UTI: as relações mãe-filho. **Cogitare Enfermagem**, v.3, n.2, p.56-59, 1998.

CROSSETTI, M. da G. O. Processo de cuidar: uma aproximação à questão existencial na Enfermagem. 1997. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

CUNHA, P. J.; ZAGONEL, I. P.S. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, p. 412-419, 2008.

CUNHA, P. J. C., ZAGONEL, I. P. S. A relação dialógica permeando o cuidado de enfermagem em UTI pediátrica cardíaca. **Rev. Eletr. Enf.** v. 8, n. 2, p. 292-297, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a14.htm> Acesso em 26/04/2010.

CUNHA, P. J. **As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar**. 2007. Dissertação (Mestrado em Prática Profissional de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

DAVIS, F. **Comunicação não-verbal**. São Paulo: Summus, 1979.

DRUMOND, E. F.; MACHADO, C. J.; FRANÇA, E. Óbitos neonatais precoces: análise de causas múltiplas de morte pela Grade of

Membership. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 157-166, 2007.

ELIA et al. Fístula broncovascular – complicação de cateter venoso central percutâneo em neonato. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 78, n. 4, p. 347- 350, 2002.

ELSEN, I MARCON, S.S; SILVA, M.R.C; O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem, 2. ed., 2004.

EVANS, A.; NATARAJAN, J.; DAVIES, C. J. Long line positioning in neonates: does computed radiography improve visibility? **Arch Dis Child Fetal Neonatal**. Wales, v. 89, n.1, p. 44-45, 2004.

FANCONI S.; FISCHER J.E.; Percutaneous central venous catheterization in premature infants: a method for facilitating insertion of silastic catheters via peripheral veins. **Pediatrics**, Zurich, v. 101, n. 3, p. 477- 479, 1998.

FERNANDES, C. N. S.; ANDRAUS, L. M. S.; MUNARI, D. B. O aprendizado do cuidar da família da criança hospitalizada por meio de atividades grupais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.8, n.1, p. 108-118, 2006. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_14.htm>. Acesso em 7 abr. 2010.

FERRO, F.O.; AMORIM, V.C.O. As emoções emergentes na hospitalização infantil. Alagoas, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.pesquisapsicologica.pro.br/pub01/fabricya.htm>>. Acesso em: 09/02/2010.

FILIPPI, L. et al. Fusidic acid and heparin profilático solution for the prevention of catheter-related bloodstream infections in critically ill neonates: A retrospective study and a prospective, randomized trial. **Pediatr Crit Care Med**, Florence, vol. 8, n. 6, p. 556-562, 2007.

FOUTOURA, A. A.; SILVA, J. **Uma história de amor pela vida** – álbum comemorativo da Maternidade Darcy Vargas. Joinville: Movimento e Arte, 1997.

FROTA, M. A. et al. Recém-nascido em uma unidade de internação neonatal: crenças e sentimentos maternos. **Cogitare Enferm.**, v.12, n.3, p. 323-329, 2007.

GARLAND, J. S. et al. A vancomycin-heparin lock solution for

prevention of nosocomial bloodstream infection in critically III neonates with peripherally inserted central venous catheters: a prospective, randomized trial. **Pediatrics**, Baltimore, v. 116, n. 2, p. 198-205, 2005.

GEORGE, J. B. (Org). **Teorias de enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GOLOMBECK S. G. et al. “Proactive” management of percutaneously inserted central catheters results in decreased incidence of infection in the ELBLW population. **Journal of Perinatology**, New York, v. 22, n. 3, p. 209-213, 2002.

GOMES, M. M. F. O nascimento de uma criança de alto risco: significado e vivência dos familiares. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, p. 48-56, 1996.

GOTARDO, G. I. B.; SILVA, C. A. O cuidado dispensado aos familiares na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 13, n. 2, p. 223-228, 2005.

GUARESCHI, A.P.D.F. Martins LMM. Relacionamento multiprofissional X criança X acompanhante: desafio para a equipe. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v.31, n.3, p.433-436, 1997.

GRUPO DE ASSISTÊNCIA, PESQUISA E EDUCAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE DA FAMÍLIA/GAPEFAM. Conceito de família. In: Elsen, Ingrid et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994. (Série Enfermagem).

GUIMARÃES, G. P. **A formação do apego pais/recém-nascido prematuro a partir da prática do método mãe-canguru**: uma contribuição da enfermagem. 2006. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

HADAWAY, L. Technology of flushing vascular access devices. **Journal of Infusion Nursing**, USA, v. 29, n. 3, p. 137-164, 2006.

HENRIQUES, F. N. et al. Incidência de infecção relacionada a cateter venoso central em unidade de terapia intensiva neonatal. Disponível em <[http://www.revistamedicanaacosta.com.br/11\(3\)/artigo_1.htm](http://www.revistamedicanaacosta.com.br/11(3)/artigo_1.htm)>. Acesso em 10 Out.2008.

HERMANSEN, M. C.; HERMANSEN, M.G. Intravascular catheter complications in the neonatal intensive care unit. **Clinics in**

Perinatology, Nashua, v. 32, n. 1, p. 141-156, 2005.

HOANG, V. et al. Percutaneously inserted central catheter for total parenteral nutrition in neonates: complications rates related to upper versus lower extremity insertion. **Pediatrics**, California, v. 121, n. 5, p. 1151-1158, 2008.

HUBNER, M. E. G.; RAMIREZ, R. F. Sobrevida, viabilidade y pronóstico del prematuro. **Rev. méd. Chile**, Santiago, v. 130, n. 8, p. 931-938, 2002.

INFUSION NURSES SOCIETY (INS). Setting the standart for infusion care - history disponível em: <<http://www.ins1.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3278>>. Acesso em: 28 Nov. 2008.

JANES, M. et al. A randomized trial comparing peripherally inserted central venous catheters and peripheral intravenous catheters in infants with very low birth weight. **J Pediatric Sur**, Nashville, v. 35, n. 7, p. 1040-1044, 2000.

JESUS, V. C.; SECOLI, S. R. Complicações acerca do cateter venoso central de inserção periférica (PICC). **Ciência Cuidado Saúde**, v. 6, n. 2, p. 252-260, 2007.

KABRA, N. S.; KLUCKOW, M. Survival after an acute pericardial tamponade as a result of percutaneously inserted central venous catheter in a preterm neonate. **Indian Journal of Pediatrics**, Australia, v. 68, n. 7, p. 677-680, 2001.

KAMALA, F. et al. Randomized controlled trial of heparin for prevention of blockage of peripherally inserted central catheters in neonates. **Acta Paediatrica**, Kuala Lumpur (Malaysia), v. 91, n. 12, p. 1350-1357, 2002.

KENNER, C. **Enfermagem neonatal**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.

KLEIMAN, S. J. **Josephine Paterson and Loretta Zderad**: humanistic nursing theory with clinical applications. In: PARKER, M. E. *Nursing Theories and Nursing Practice*. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2001.

KISHI, H. **Brasil chega para somar**. Intravenous. Publicação Especializada em Terapia Intravenosa. São Paulo, ano III, n. 8, 2002.

KOHLI, V.; JOSHI, R. Central line retrieval in a neonate. **Indian Journal of Pediatrics**, New Delhi, v. 74, n. 7, p. 692-693, 2007.

LAFFREY, S. C.; BROUSE, S. H. Paterson and Zderad: a humanistic nursing model. In: FITZPATRICK, Joyce J.; WHALL, Ann. L. **Conceptual models of nursing: analysis and application**. Maryland: Prentice-Hall, p. 181-202, 1983.

_____; _____. Paterson and Zderad: a humanistic nursing model. In: FITZPATRICK, J. J.; WHALL, A. L. **Conceptual models of nursing: analysis and application**. Norwalk: Appelton & Lange, p. 205-225, 1989.

LAGO, P. et al. Use of remifentanil for percutaneous venous line insertion in preterm infants. **Pediatric Research**, Siena (Italy), v. 58, n.2, p. 391, 2005.

_____. Remifentanil for percutaneous intravenous central catheter placement in preterm infant: a randomized controlled trial. **Pediatric Anesthesia**, Padua (Italy), v. 18, n. 8, p. 736-744, 2008.

LAMY, Z. C.; GOMES, R.; CARVALHO, M. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.73, n.5, p. 293-298, 1997.

LAROCCA, L. M; MAZZA, V. A. A Comunicação permeando a metodologia da Assistência de Enfermagem. In: WESTPHALEN, M. E. A; CARRARO, T. E. (org.). **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB, 2001.

LEE, S. K. et al. Variations in practice and outcomes in the Canadian NICU Network: 1996-1997. **Pediatrics**, Columbia, v. 106, n. 5, p. 1070-1079, 2000.

LEITE, A. J. M. Perspectivas dos serviços de saúde perinatal/neonatal no Brasil. **Rev. Pediatria**, Fortaleza, v. 2, n. 8, p. 64-65, 2007.

LEMYRE, B. How effective is tetracaine 4% gel, before a peripherally inserted central catheter, in reducing procedural pain in infants: a randomized double-blind placebo controlled trial. **BMC Medicine**, Ottawa (Canadá), v. 4, n. 11, p. 1-9, 2006.

LEOPARDI, M. T. Teoria e método em assistência de enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Ed. Soldasoft, 2006.

LIMA, R. A. G.; ROCHA, S. M. M.; SCOCHI, C. G. S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 33-39, 1999.

LINCK, D.; DONZE, A.; HAMVAS, A. Neonatal peripherally inserted central catheter team. Evolution and Outcomes of a Bedside-Nurse-Designed Program. **Advances in Neonatal Care**, St. Louis (EUA), v.7, n. 1, p. 22-29, 2007.

LÓPEZ, F. C. Benefícios del catéter epicutáneo en el recién nacido. **Revista Cubana de Enfermería**, Ciudad de la Habana, v. 20, n. 2, p. 1-9, 2004.

LÓPEZ SASTRE, J. B. et al. Estudio prospectivo sobre catéteres epicutáneos en neonatos. Grupo de Hospitales Castrillo. **Anales Españoles de Pediatría**, Astúrias (España), v. 53, n. 2, p. 138-147, 2000.

LOURENÇO, S. A.; KAKEHASHI, T. Y. Assistência de enfermagem pré e pós-inserção imediata do cateter venoso de inserção periférica em pacientes neonatais. **Revista Nursing**. São Paulo, v.63, n.6, p. 24-28, 2003a.

_____. Avaliação da implantação do cateter venoso central de inserção periférica em neonatologia. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 26-32, 2003b.

LUCCHESI R.; BARROS S. A utilização do grupo operativo como método de coleta de dados em pesquisa qualitativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia (GO), v. 9, n. 3, p. 796-805, 2007.

MAESTRI, E. **O acolhimento pelos enfermeiros de pacientes e familiares**

em unidade de terapia intensiva. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

MARCONDES, E. **Pediatria básica**. 8 ed. São Paulo: Sarvier, 1991.

MARQUES, S. M.; FERRAZ, A. F. A vivência do cuidado domiciliar durante o processo de morrer: a perspectiva de familiares cuidadores. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 8, n.1, p. 135-252, 2004.

MAZZA, V. A. **A comunicação não-verbal como forma de cuidado de enfermagem: ensino e prática**. 1998. Programa de Pós-

Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina-REPENSUL pólo I UFPR, Curitiba, 1998.

Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina-REPENSUL pólo IUFPR.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: development & progress**. 3. ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1997. In: _____. Josephine Paterson and Loretta Zderad. p. 353-360.

MELO, C. L. **O vivido pelos pais durante a internação do filho acidentado em uma UTI pediátrica**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MENDES, R. I. P. **Índice de utilização de tecnologias na avaliação dos processos assistenciais de recém-nascidos prematuros**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) – Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2005.

MERCÊS, C. A. M. F.; ROCHA, R. M. Teoria de Paterson e Zderad: um cuidado de enfermagem ao cliente crítico sustentado no diálogo vivido. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p.470-475, 2006.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MOLINA, R. C. M. et al. A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.43, n.3, p. 630-638, 2009.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia em alojamento conjunto**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

_____. **O nascimento como rito de passagem: abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos**. 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

MONTICELLI, M; OLIVEIRA, M. E. Assistência de enfermagem na profilaxia de infecções neonatais. In: OLIVEIRA, M.E.; MONTICELLI, M.; BRÜGGEMANN, O. M. (Org.). **Enfermagem obstétrica e**

neonatólogica: textos fundamentais. Florianópolis: Cidade Futura, 2002, p. 305-312.

MOTTA, M. G. C. **O ser doente no tríplice mundo da criança, família e hospital:** uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais. Florianópolis: UFSC, 1998.

MORAIS, G. S. N.; COSTA, S. F. G. Experiência existencial de mães de crianças hospitalizadas em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 639-646, 2009.

NADROO, A. M. et al. Death as a complication of peripherally inserted central catheters in neonates. **The J Pediatr**, New York, v. 138, n. 4, p. 599-601, 2001.

NADROO, A.M. et al. Changes in upper extremity position cause migration of Peripherally Inserted Central Catheters in neonates. **Pediatrics**, New York, v. 110, n. 1, p. 131-136, Jul., 2002.

NASCIMENTO, E. R. P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.2, p. 250-257, 2004.

NASCIMENTO, E. R. P. **Acolhimento do espaço das relações na unidade de terapia intensiva.** Tese (Doutorado em Filosofia, Saúde e Sociedade). Curso de Doutorado em Enfermagem. Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2003.

NEUBAUER, A. P. Percutaneous Central IV access in the neonate: experience with 535 silastic catheters. **Acta Paediatr**, Hannover (Germany), v. 84, p. 756-760, 1995.

NEVES, E. P.; GONÇALVES, L. H. T. As questões do marco teórico nas pesquisas em enfermagem. In: SEMINARIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, 1984, Florianópolis, **Anais...** Florianópolis, p. 210-229, 1984.

OHKI, Y. et al. Complications of percutaneously inserted central venous catheters in japanese neonates. **Pediatrics Internacional**, Kiryu (Gunma) – Japan, v. 50, n. 5, p. 636-639, 2008.

OLIVEIRA, M. E. A **poesia de cuidar do recém-nascido pré-termo:** uma conexão entre o sensível, o intuitivo e o científico. 2007. Tese

(Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

OLIVEIRA, N. F. S.; COSTA, S. F. G.; NÓBREGA, M. M. L. Diálogo vivido entre enfermeira e mães de crianças com câncer. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 08, n. 01, p. 99-107, 2006.

OLIVEIRA, M. E.; BRÜGGEMANN, O. M.; FENILLI, R. M. A teoria humanística de Paterson e Zderad. In: OLIVEIRA, M. E. de; BRÜGGEMANN, O. M. (Org.). **Cuidado humanizado**: possibilidades e desafios para a prática de enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2003, p.11-33.

OLIVEIRA, M. E. Vivenciando uma experiência amorosa de cuidado com mães e seus recém-nascidos pré-termo. **Rev. Eletr. Enferm**, Goiânia (GO), v.3, n.2, 2001. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em 19/04/2010> Acesso em 05/03/2010.

_____. **Cuidando-aprendendo enfermagem com amor**: uma experiência dialógica com mães/recém-nascidos pré-termo. 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

OLIVEIRA, I. ANGELO, M. Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora: a experiência da mãe acompanhante. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.34, n.2, p. 202-208, 2000.

PALÁCIOS, M.; REGO, S.; SCHRAMM, F. R. Ética em pesquisa na área materno-infantil. In: SCHRAMM, F. R.; BRAZ, M. **Bioética e saúde**: novos tempos para mulheres e crianças. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 139-167.

PATERSON, J. G.; ZDERAD, L. T. **Enfermería humanística**. México: Editorial Limusa, 1979.

_____. **Humanistic nursing**. 2. ed. New York: National League for Nursing; 1988.

PAULA, C. C. et al. O cuidado como encontro vivido e dialogado na teoria de enfermagem humanística de Paterson e Zderad. **Acta Paul. Inf.**, São Paulo, v.17, n.4, p. 425-431, 2004.

PEREIRA, P. M. H. et al. Mortalidade neonatal hospitalar na coorte de

nascidos vivos em maternidade-escola na região nordeste do Brasil, 2001-2003. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, Pernambuco, v.15, n.4, p.19-28, 2006.

PETTIT J. Technological advances for PICC placement and management. **Advance Neonatal Care.**, California, v. 7, n. 3, p. 122-131, 2007.

_____. Assessment of infants with peripherally inserted central catheters: Part 2. Detecting less frequently occurring complications. **Advance Neonatal Care**, California, v. 3, n. 1, p. 14-26, 2003.

_____. Assessment of infants with peripherally inserted central catheters: Part 1. Detecting the most frequently occurring complications. **Advance Neonatal Care**, Florida (USA), v. 2, n. 6, p. 304-315, 2002.

PETTIT, J.; WYCKOFF, M. M. **Peripherally inserted central catheters: guideline for practice.** Genview, IL: Nat Assoc Neonat Nurse, 2001.

PEZZI, M. O. et al. **Manual de cateterização central de inserção periférica CCIP/PICC.** Porto Alegre: Edelbra, 2004.

PHILLIPS, L. D. **Manual de terapia intravenosa.** Porto Alegre: Artmed, 2001.

PIGNA, A. et al. Peripherally inserted central venous catheters in preterm newborns: two unusual complications. **Pediatric Anesthesia**, Bologna (Italy), v. 14, n. 2, 184-187, 2004.

PINTO, J. P et al. A mãe e a punção venosa do filho hospitalizado: uma visão fenomenológica. **Rev. Paulista Enfermagem**, v.20, n.2, p. 12-19, 2001.

PIZZATO, M. G.; DA POIAN, V. R. L. **Enfermagem neonatológica.** 2.ed. Porto Alegre: D.C. Luzzato, 1988.

PRAEGER, S. G. Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional.** 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PUNTIS, J. W. et al. Staff training: a key factor in reducing intravascular catheter sepsis. **Arch. Dis. Child.**, Belmont Grove, Philadelphia (USA), v. 65, p. 335-337, 1990.

RACADIO, J. M. et al. Pediatric peripherally inserted central catheters:

complication rates related to catheter tip location. **Pediatrics**, Cincinnati, v. 107, n. 2, p. 1- 4, 2001.

RAMASETHU, J. Complications of vascular catheters in the neonatal intensive care unit. **Clinics Perinatology**, Washington, v. 35, n. 1, p. 199-222, 2007.

RANDOLPH, A. G. et al. Benefit of heparin in peripheral venous and arterial catheters: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **British Medical Journal**, Boston (USA), v. 316, p. 969-975, 1998.

ROCHA, K. S. G. et al. **Cateter epicutâneo no cotidiano do cuidado de enfermagem á criança em pré-operatório de cirurgia cardíaca: limites e desafios na instalação precoce.** Rio de Janeiro, 2006.
Disponível em: <<http://www.cbccenf.com.br/anaiscofen/pdf9/0110.pdf>>.
Acesso em 12/12/2008.

RODRIGUES, E. C. A enfermeira no uso de cateter central de inserção periférica em neonato: curso introdutório. **Esc. Anna Nery R. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 131-139, dez., 2002.

RODRIGUES, Z. S.; CHAVES, E. M. C. CARDOSO, M. V. L. M. Atuação do enfermeiro no cuidado com Cateter Central de Inserção Periférica no recém-nascido. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 626-629, set.-out., 2006.

ROLIM, K. M. C.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.3, p.432-440, 2005.

ROLIM, K. M. C; CARDOSO, M. V. L. M. L. A interação enfermeira-recém-nascido durante a prática de aspiração orotraqueal e coleta de sangue. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 515-523, 2006.

_____;_____;_____. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.1, p.85-92, 2006.

ROSSATO, L. M. Dimensões do cuidado da criança com dor e de sua família. **REME – Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v.8, n.4, p.501-504, 2004.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul.**

enferm., São Paulo, v. 20, n. 2, 5-6, 2007 .

ROVARIS, M.; OLIVA, C. Cateter Central de Inserção Periférica. In: KALINOWSKI, C. E.; OLIVEIRA, M. E.; RIBEIRO, N. R. R. (Org.). **PROENF Saúde da criança e do adolescente**. Porto Alegre: Artmed, 2007, Ciclo 2. Módulo 2, p.103-133.

RYDER, M. Peripherally inserted central venous catheters. **Nursing Clinics of North America**, California, v. 28, n. 4, 1993.

SAFDAR, N.; MAKI, D. G. Use of vancomycin-containing prophylactic or flush solutions for prevention of bloodstream infection associated with central venous access devices: a meta-analysis of prospective, randomized trials. **Clinical Infectious Diseases**, Madison, v. 43, n. 4, 2006.

SALZMAN, M. B. et al. A prospective study of the catheter hub as the portal of entry for microorganisms causing catheter-related sepsis in neonates. **Journal Infectious Diseases**, New York, v. 167, p. 487-490, 1993.

SANTANA, L. F. **O cuidar de recém-nascidos graves: a percepção da equipe de enfermagem que atua em uma unidade de terapia intensiva neonatal**. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

SCHAURICH, D.; PADOIN, S. M. M. Experienciando um marco conceitual para o cuidado em enfermagem ao ser-familiar e/ou cuidador e ao ser-criança. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 34-42, 2003.

SCOCHI C. G. S et al. Assistência aos pais de recém-nascidos pré-termo em unidades neonatais. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília v. 52, n.4, p.495-503, 1999.

_____. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Americana Enferm.**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p. 539-543, 2003.

SECOLI, S. R. et al. Inserção e manutenção do PICC: aspectos da prática clínica de enfermagem em oncologia. **Prática Hospitalar**, São Paulo v. 7, n. 47, p. 155-162, 2006.

SANTA CATARINA. Secretária Estadual da Saúde. **Maternidade**

Darcy Vargas. 2007. Disponível em:

<www.saude.sc.gov.br/geral/mdv/index_conheca.htm>. Acesso em: 16 mai. 2008.

SHARPE, E. A. Developing a nurse-directed peripherally inserted central catheter team in the neonatal intensive care unit. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, Wellington (USA), v.6, n. 4, p. 225-229, 2006.

SHAH, P. S. et al. A randomized, controlled trial of heparin versus placebo infusion to prolong the usability of Peripherally Placed Percutaneous Central Venous Catheters (PCVCs) in neonates: the HIP (Heparin Infusion for PCVC) study. **Pediatrics**, Toronto, v. 119, n. 1, p. 284-285, 2007.

SHAH, P. S.; SHAH V. S. Continuous heparin infusion to prevent thrombosis and catheter occlusion in neonates with peripherally placed percutaneous central venous catheters (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**. Disponível em: <<http://www.nichd.nih.gov/cochrane/shah4/shah.htm>>. Acesso em: 15 Mar. 2008.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino à Distância da UFSC, 2001.

SILVA, G. R. G; NOGUEIRA, M. F. H. **Terapia intravenosa em recém-nascidos**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2004.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**. São Paulo: Gente, 1996.

SILVA, R. P. **Cuidado de enfermagem durante o processo de adaptação entre pais e recém-nascidos com anomalias congênitas**. 2009. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE TERAPIA INTENSIVA/SOBETI. Apostila de CCIP para neonatologia e pediatria. **Curso de qualificação em inserção, utilização e cuidados com cateter venoso central de inserção periférica CCIP – neonatologia/pediatria**. São Paulo, 2004.

SOUZA, F. I. S.; TESKE, M.; SARNI, R. O. S. Nutrição parenteral no recém-nascido pré-termo: proposta de protocolo prático. **Rev. Paulista**

- Pediatria.**, São Paulo, v.26, n.3, 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S0103-05822008000300013&lng=enrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2008.
- SOUTO, K. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L.; OLIVEIRA, M. M. C. Sentimentos do ser pai de recém-nascido prematuro. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.7, n.3, p. 49-55, 2006.
- SPINDOLA, T. A fenomenologia e a enfermagem: algumas reflexões. **Rev. Esc. Enf. USP.**, São Paulo, v. 31, n. 3, p.403-409, 1997.
- SRIDHAR, S. et al. Neonatal hydrothorax following migration of a central venous catheter. **Indian Journal of Paediatrics**, Tamil Nadu (Índia), v. 72, n. 9, p. 795-796, 2005.
- STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. (Org.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri (SP): Manole, 2005.
- STEVENS, B.; YAMADA, J.; OHLSSON, A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 4, 2004. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091512>>. Acesso em 18 Mar. 2008.
- TADDIO, A. et al. Intravenous morphine and topical tetracaine for treatment of pain in preterm neonates undergoing central line placement. **JAMA**, Ontario (Toronto), v. 295, n. 7, p. 793- 800, 2006.
- THIAGARAJAN, R. R. et al. Survey of the use of peripherally inserted central venous catheters in children. **Pediatrics**, Washington, v. 99, n. 2, p. 1- 4, 1997.
- TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.
- TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v.14, n.1, p. 93-101, 2006.
- VALLE, E. R. M. Câncer infantil: compreender e agir. Campinas (SP): Psy Ltda, 1997.
- VENDRAMIM, P.; PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A. S. Cateteres centrais de inserção periférica em crianças de hospitais do município de São Paulo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto

Alegre, v. 28, n. 3, p. 333-339, 2007.

VIEIRA, P. F. **Relatório anual de gestão 2007**. Joinville: Maternidade Darcy Vargas, 2007.

WALD, M. et al. A new modified Seldinger technique for 2- and 3-French peripherally inserted central venous catheters. **Eur J Pediatr**, Hannover (Germany), v. 167, n. 11, p. 1327-1329, 2008.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. Norwalk, C. T.: Appleton & Lange, 1995.

WALSH, M. **Models and critical pathways in clinical nursing: conceptual frameworks for care planning**. 2. ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1998.

WEBSTER, N. J. et al. Digital imaging does not improve localization of percutaneously inserted central lines in neonates. **J. Paediatric Child Health**, New Zeland, v. 41, n. 5-6, p. 256-259, 2005.

WEIRICH, C. F.; DOMINGUES, M. H. M. S.; Mortalidade Neonatal um desafio para os Serviços de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/pdf/v10n1a03.pdf>> Acesso em 10 Abr. 2007.

WALEY, L. F.; WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. In: _____. **Variações das Intervenções em Enfermagem Pediátrica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999, cap. 22, p. 642-644.

YEUNG, C.Y. et al. Sepsis during total parenteral nutrition: exploration of risk factors and determination of the effectiveness of peripherally inserted central venous catheters. **The Pediatr Infectious Disease Journal**, Taiwan, v. 17, n. 2, p.135-142, 1998.

ZAGONEL, I. P. S.; PERSEGONA, K.R. O cuidado do enfermeiro à criança com dor pós-operatória: construção de um marco teórico à luz de Paterson e Zderad. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.11, n. 2, p. 166-170, 2003.

ZULLINI, M. T. et al. Survival at nine neonatal intensive care units in São Paulo, Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 2, n. 5, p. 303-309, 1997.

APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados a partir do Diálogo Vivido

Questões que foram exploradas/compartilhadas/vivenciadas com a família do recém-nascido submetido ao Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP)

PRÉ-INSERÇÃO: preparação da família e do recém-nascido com vistas à instalação do cateter propriamente dito.

Data:

Local:

Horário:

1) A linguagem verbal utilizada pela família com relação ao CCIP

1.a) Quem fala

() mãe

() pai

() outro familiar

1.b) Modo de falar (características)

1.c) Lugar onde ocorre a conversa

() unidade

() alojamento conjunto

() quarto mãe-acompanhante

() outro:.....

1.d) Profissional a quem se dirige

1.e) Registrar se a fala é espontânea ou reagente a perguntas

1.f) Perguntas que são feitas (ou depoimentos, respostas...)

2) A linguagem não-verbal utilizada pela família

2.a) Expressão facial e corporal antes da realização do procedimento

2.b) Comportamento geral da família neste momento

2.c) Contexto assistencial em que a família se encontra ao apresentar tal linguagem não-verbal (ex: durante os cuidados de higiene diária do RN; durante a amamentação; por ocasião da visita da família ampliada, etc.)

2.d) Gestos que ela faz ou demonstra

3) Formas com que a família atende os *chamados* do RN

() olhando

() tocando

() conversando

() com aflição

() com angústia

() nervosismo

() preocupação

() chamando um profissional

() outro. Qual:

TRANS-INSERÇÃO: etapa da instalação do cateter propriamente dita

Data:

Local:

Horário:

1) Se a família participar do procedimento

1.a) Dúvidas referidas em relação à instalação do CCIP

1.b) Sentimentos expressados pela família em relação ao uso do CCIP no recém-nascido

1.c) Incômodos que a família refere e/ou demonstra durante o procedimento da instalação do CCIP

1.d) Expressão facial e corporal demonstradas durante a realização do procedimento

1.e) Preocupações externadas durante a execução do procedimento e maneira de externá-las

1.f) Expressões que a família refere ao ter a oportunidade de participar do procedimento do CCIP

1.g) Formas com que a família atende os *chamados* do RN

() olhando

() tocando

() conversando

() com aflição

() com angústia

() nervosismo

() preocupação

() chamando um profissional

() outro. Qual:

2) Se a família não participar do procedimento

2.a) Dúvidas em relação à instalação do CCIP

2.b) Sentimentos ou razões que a levam a não desejar participar do procedimento

2.c) Sentimentos que a família refere que teve durante o período em que o RN estava sendo submetido ao CCIP

PÓS-INSERÇÃO: envolve manutenção e retirada do cateter

1) Perguntas que a família faz em relação a manutenção e retirada do CCIP

1.a) Quem fala

() mãe

() pai

() outro familiar

1.b) Modo de falar (características)

1.c) Lugar onde ocorre a conversa

() unidade

() alojamento conjunto

() quarto mãe-acompanhante

() outro:.....

1.d) Dúvidas referidas em relação a manutenção do CCIP

1.e) Conhecimentos sobre os cuidados que a equipe deve ter para manter o cateter. Quais?

1.f) Conhecimentos sobre os cuidados que a família precisa ter para manter o cateter. Quais?

1.g) Sentimentos referidos ao saber que o cateter está provocando infecção ou outra complicação no bebê (se for o caso)

1.h) Preocupações externadas durante a manutenção do CCIP e maneira de externá-las

1.i) Sentimentos referidos pela família durante a retirada do cateter

1.j) Dúvidas que surgiram após a retirada do cateter

2) Formas como a família atende aos *chamados* do RN

() olhando

() tocando

() conversando

() com aflição

() com angústia

() nervosismo

() preocupação

() chamando um profissional

() outro. Qual:

3) A linguagem não-verbal utilizada pela família

1.a) Expressão facial e corporal durante o período de manutenção do cateter

1.b) Expressão facial e corporal durante a retirada do cateter

4) Forma como a família cuida do cateter ao prestar seus cuidados junto ao bebê

APÊNDICE B – Exemplo de operacionalização da Enfermagem Fenomenológica com a Família 3 (Excertos do Diário de Campo)

DIÁRIO DE CAMPO

IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA E CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DO RECÉM-NASCIDO

VIOLETA tem 15 anos, é católica, segundo sua própria denominação é “amasiada” com Cravo, reside em um bairro popular, na região sul de Joinville, tem o ensino fundamental incompleto, trabalhou como babá e atualmente estava sem emprego devido à gravidez. É Gesta I, Para 0, realizou apenas uma consulta de pré-natal no posto de saúde no seu bairro e apresentou bactéria em urinalise sem tratamento no primeiro trimestre de gestação. Chegou à maternidade no dia 05/03/09 as 07h53min, com Trabalho de Parto Prematuro (TPP) e em período expulsivo.

CRAVO tem 21 anos, católico, mora com Violeta em um bairro popular, na região sul de Joinville, tem o ensino fundamental incompleto, trabalha atualmente em uma loja de peças de motos. É amasiado com Violeta e Orquídea é sua primeira filha.

ORQUÍDEA, sexo feminino, nasceu no dia 05/03/09 as 08h10min, de parto vaginal, pesando 1.820 g. e medindo 45 cm de estatura. Seu perímetro cefálico (PC) foi 31 cm, o perímetro torácico (PT) foi 29 cm e o abdominal (PA), 27 cm. Apgar 1º min. 5 e 5º min. 6. Idade gestacional segundo Capurro: 32 semanas 1 dia. Classificação do RN segundo Lubchenco: AIG. Ao nascer, Orquídea apresentou desconforto respiratório, sendo encaminhada imediatamente para a UTI Neonatal, colocada em berço aquecida a 36,5°C. Foi entubada e colocada em ventilação mecânica. Recebeu surfactante exógeno devido membrana hialina e cateterismo umbilical para iniciar fluidoterapia e antibioticoterapia. Está em NVO, com sonda orogástrica aberta, com débito de 2,0 ml de secreção clara, HGT inicial de 48 mg/dl e com eliminações vesicais presentes e intestinais ausentes.

ACÁCIA tem 53 anos, é a avó materna do recém-nascido, mora em um bairro próximo de Violeta, separada, sua profissão é costureira, identifica-se como católica e esteve presente quando na internação de Orquídea na UTI Neonatal.

INÍCIO DA APROXIMAÇÃO COM A FAMÍLIA

Iniciei a aproximação direta com esta família no dia 10/03/2009, quando estava na UTI, no momento em que Violeta entrou para entregar o leite que acabara de ordenhar. Neste período, por problemas administrativos, não consegui estar diretamente na assistência, o que me impediu de me aproximar dessa família já na internação de Orquídea. Entretanto, como acompanhava as passagens de plantão no período matutino, eu já sabia o motivo da internação do RN e, por se tratar de um bebê prematuro, e ainda, por ser um candidato a ser submetido ao CCIP, comecei a me aproximar primeiramente do bebê e através das informações contidas no prontuário sobre dados dessa família. A mãe do bebê (Violeta) era adolescente e estava internada no setor de Alojamento Conjunto. A avó materna (Acácia) e o pai do bebê (Cravo) estavam constantemente presentes na UTI para visitar e obter informações sobre o quadro clínico da criança. Entretanto, não tinha prestado atenção naquela família. A minha aproximação e o encontro com eles ocorreu somente quando a indicação para o uso do CCIP foi proposta.

PREPARAÇÃO DA ENFERMEIRA PARA VIR A CONHECER/AUTOCONHECIMENTO

Como essa já era a terceira família a fazer parte do meu estudo, eu já vinha me preparando com leituras que contribuíssem mais para o meu autoconhecimento. Destaco que neste mesmo período em que eu estava acompanhando esta família, eu também estava lendo um livro muito interessante e que ajudou a compreender a essência, a singularidade e a subjetividade do ser humano nos diferentes processos vitais. O livro é de autoria de Augusto Cury, intitulado *12 Semanas Para Mudar Uma Vida*. Este livro é baseado nas doze leis essenciais para a qualidade de vida, apresentando ferramentas psicológicas que contribuem para educar a emoção, administrar os pensamentos, libertar a criatividade, reeditar o filme do inconsciente e ser autor da sua própria história. Ao mergulhar nesta leitura, percebi que esses pressupostos da Psicologia podem ser trabalhados no cotidiano, para que possam ser amplamente aplicados na relação consigo mesmo e com os outros, transformando o conhecimento em experiência.

CONTEXTO	O DIÁLOGO VIVIDO	ANÁLISE DOS DADOS 1º movimento classificatório
<p>Data: 10/03/2009 Hora: das 07:00 as 15:00 Local: UTI Neonatal Presentes: eu, a equipe médica e de enfermagem e Violeta</p>	<p>Orquídea está no seu 5º dia de vida, com peso atual de 1.740 gramas. Perdeu 80 g desde o dia que nasceu. Está ativa, reativa ao manuseio, com períodos de choro, fontanela anterior normotensa, mucosas coradas e hidratadas, boa perfusão periférica, sinais vitais (FC entre 148 a 161 bpm, FR entre 52 e 65 mrpm, saturação de O₂ entre 95% e 98%, T entre 36°C e 36,8°C). Está com oxitenda (com FIO₂ 40 %) eupneica, abdome flácido e depressível à palpação, com SOG para dieta. Recebendo 17 ml de leite humano ordenhado e com boa aceitação. Mantém fototerapia contínua. Está no 5º dia de cateter umbilical venoso para nutrição parenteral, antibioticoterapia e aminofilina para prevenção de apnéia, com controle de HGT variando entre 82 e 100 mg/dl, com bom débito urinário e eliminações intestinais presentes (4X), semi-pastoso amarelado.</p> <p>Durante passagem do plantão foi comentado sobre a necessidade de realizar o procedimento do CCIP em Orquídea, para manter nutrição parenteral e demais medicações.</p> <p>Após passagem do plantão, fui até a incubadora de Orquídea para avaliar sua rede venosa para a instalação do CCIP. Ela estava acordada e se mexia constantemente. Abri as portinholas da incubadora delicadamente e falei baixinho com ela para não assustá-la, mas após tocá-la, ela começou a chorar. Procurei aconchegá-la, colocando minhas mãos sobre seu corpo, em forma de contensão, na intenção de acalmá-la. Ela parecia incomodada com o barulho que o ar</p>	<p>ENCONTRO B) A enfermeira foi ao encontro do recém-nascido para atender uma necessidade clínica, que era a instalação do CCIP.</p> <p>CHAMADOS E RESPOSTAS B) O RN chama a enfermeira através do choro e irritabilidade em resposta ao desconforto ocasionado pelo barulho do ar comprimido dentro da oxitenda. A</p>

	<p>comprimido fazia dentro da oxitenda e então a retirei um pouco dali, mantendo o oxigênio por perto e a enrolei em um cueiro. Disse: <i>pronto Orquídea... agora vou dar um colinho para você!!!</i> Ela parou de chorar e a funcionária que estava ao meu lado falou: <i>o pessoal do noturno nos passou que ela fica quietinha quando está no colo... esses bebês já sabem desde pequenos o que é realmente bom!</i> Então falei: <i>com certeza é melhor o aconchego de um colo do que a incubadora, ainda mais com o barulho constante dentro da oxitenda por causa do ar comprimido... se para nós incomoda, imagine para esses seres tão pequenos e frágeis...</i> e olhando para Orquídea, que parecia já sonolenta e aninhada nos meus braços, completei: <i>veja só, ela já está dormindo e parece tranquila.</i> A funcionária se aproximou e disse: <i>realmente, você tem razão. Esse barulho constante nos ouvidos desses bebês deve irritar muito!</i> Fiquei com Orquídea alguns minutos no colo e percebi que ela estava mais calma, seu semblante estava tranquilo e ao olhar para o monitor, percebi que seus batimentos cardíacos voltaram ao normal e sua oxigenação estava boa. Em seguida, coloquei-a delicadamente, novamente, dentro da incubadora, para que ela não acordasse. Então, com cuidado, realizei a avaliação da rede venosa dos braços e verifiquei que a veia basilíca do braço direito era uma boa opção para instalar o CCIP.</p> <p>Notas metodológicas: Questões a serem aprofundadas: procurar desenvolver e vivenciar mais o meu lado intuitivo com o recém-nascido. Para isso devo buscar leituras que afluam mais a minha</p>	<p>enfermeira, por sua vez, responde seu chamado e o retira de dentro do equipamento e o aconchega no colo.</p> <p>PRESENÇA</p> <p>B) A presença da enfermeira não é apenas física. Ela percebe o comportamento do bebê e tenta ajudá-lo. A enfermeira percebe, através de suas expressões faciais e dos seus sinais vitais, que o bebê estava mais tranquilo.</p>
--	---	---

<p>Data: 10/03/2009 Hora: das 08:00 as 15:00 Local: UTI Neonatal Presentes: Violeta, eu e a funcionária que prestava assistência direta ao RN</p>	<p>sensibilidade e que ultrapasse a barreira da visão tecnicista do cuidado de enfermagem e indo ao encontro do outro (RN e sua família) verdadeiramente.</p> <p>PRÉ-INSERÇÃO Violeta entrou na UTI por volta das 8 horas e então me aproximei e após me apresentar como enfermeira da unidade, disse: <i>bom dia, Violeta! Como você está?</i> Ela respondeu: <i>bom dia, estou bem!</i> Percebi que Violeta estava com os olhos inchados e com o rosto marcado, talvez pela dobra do travesseiro. Seus cabelos estavam um pouco desajeitados, porém presos com uma presilha. <i>Você veio ver o seu bebê?</i> Ela respondeu: <i>eu vim retirar o leite para dar a ela... estou com bastante leite... parece que meu peito vai estourar.</i> Violeta mostrou sua camiseta que estava molhada na região do mamilo e disse: <i>o leite chega a vazar de tanto que tenho... não vejo a hora da Orquídea mamar.</i> Percebi que ela falava com orgulho em relação à quantidade de leite que tinha e da vontade de colocar o bebê mamar o mais breve possível. Então falei: <i>devido a tudo que aconteceu, ainda é cedo para colocá-la para mamar, mas tão logo ela ganhe um pouco mais de peso, ela irá para o peito mamar sim...</i> Violeta então colocou a mão dentro da incubadora e acariciando Orquídea falou: <i>mas será que vai demorar muito para ela começar a mamar no peito?... ela está bem, não é?</i> Me olhou com semblante de preocupação. Respondi que em relação ao dia em que nasceu ela apresentava uma boa evolução, pois já havia saído da ventilação mecânica e que estava recebendo oxigênio somente pela tenda. Ela me olhou e</p>	<p>ENCONTRO B) A enfermeira vai ao encontro da mãe e mostra-se disponível, presente para atendê-la durante a visita ao seu filho na UTI Neonatal. B) A mãe mostra reciprocidade à presença da enfermeira.</p> <p>RELACIONAR-SE A) A mãe relacionar-se com seu bebê através do toque e demonstra vontade de pegar no colo e amamentá-lo. B) A enfermeira percebe que a mãe está orgulhosa com sua produção láctea e pelo interesse em amamentar seu bebê.</p> <p>CHAMADOS E RESPOSTAS A) A mãe faz questionamentos sobre a condição clínica da criança e quando vai poder amamentá-lo. B) A enfermeira responde ao chamado da mãe explicando sobre evolução clínica do bebê. Devido à imaturidade dos sistemas, ainda não será possível realizar a amamentação.</p> <p>PRESEÇA</p>
---	---	---

	<p>perguntou: <i>depois que sair do oxigênio e do soro ela pode mamar? Então falei: pela idade gestacional que seu bebê nasceu, ele ainda não consegue coordenar os movimentos de sucção e deglutição... precisa crescer um pouco mais, daqui umas duas ou três semanas já será possível colocá-lo no peito para começar a sugar sem ter o risco de engasgar... por enquanto vamos alimentá-lo pela sonda e também através da veia com a nutrição parenteral...</i> Violeta ficou me olhando e parecia que seus olhos transmitiam desamparo.</p> <p>Argumentou: <i>eu quero muito dar de mamar para ela... tenho muito leite. Então falei: Violeta, você ainda vai ter essa oportunidade... agora, o mais importante é que você continue a ordenha, para não diminuir a produção do leite.</i> Ela olhando e fazendo carinho no bebê, falou: <i>tudo bem, vou continuar tirando o leite e trazendo todos os horários... se Deus quiser ela vai melhorar logo e vou conseguir dar de mamar...</i> Aproveitei o momento e mostrei para Violeta que o cateter que estava no umbigo do bebê precisava ser retirado... e antes de eu continuar falando, ela perguntou: <i>ela não pode ficar com esse mesmo?</i> Então respondi: <i>esse cateter do umbigo fica até 5 dias, depois disso retiramos para evitar principalmente o risco de infecção... e como o bebê precisa ainda receber medicamentos e alimentos (nutrição parenteral) pela veia, precisamos passar outro cateter até que ela esteja bem clinicamente e comece a mamar.</i> Enquanto eu falava sobre o CCIP e como era o procedimento, Violeta ficou séria, seus olhos arregalaram e com um semblante de preocupação, questionou: <i>mas tem que passar esse cateter, mesmo?</i> Respondi: <i>esse</i></p>	<p>B) A enfermeira percebe que a mãe parecia triste por não poder amamentar seu filho, mas que compreende a situação do momento.</p> <p>RELACIONAR-SE</p> <p>B) A enfermeira aproveita o momento do diálogo para introduzir o assunto sobre a necessidade de utilizar o CCIP no recém-nascido.</p> <p>B) A enfermeira percebe que a mãe está preocupada com o procedimento do CCIP a ser realizado e compreende que é uma experiência nova a ser vivenciada.</p> <p>B) A enfermeira, por saber que o procedimento do CCIP é um cuidado especializado e importante para o recém-nascido, preocupa-se em explicá-lo em um local reservado para que o familiar compreenda todo o processo do CCIP.</p> <p>CHAMADOS E RESPOSTAS</p> <p>A) A mãe faz perguntas sobre o procedimento do CCIP e demonstra preocupação se seu bebê vai sentir dor.</p> <p>B) A enfermeira percebe que a mãe é uma pessoa de pouca</p>
--	--	---

	<p><i>cateter é muito importante para seu bebê continuar recebendo o tratamento...</i> Então, percebendo que ela estava assustada sobre o que eu falava sobre a necessidade de instalação do CCIP, convidei-a para ir até a sala de reuniões e lá, detalhadamente falei como seria o procedimento. Violeta então perguntou: <i>isso que vocês vão fazer dói muito?...</i> Respondi: <i>o procedimento do CCIP é realizado através de uma punção da veia e isso provoca dor, sim, mas antes de iniciar o procedimento um analgésico será administrado.</i> Durante nosso diálogo observei que Violeta era uma pessoa com pouca instrução e para que ela compreendesse melhor o procedimento, mostrei desenhos ilustrativos sobre o CCIP e umas fotos que estavam no computador. Ao passar por uma das fotos, que mostrava uma imagem do Raio-X, com a localização da ponta do cateter, Violeta falou com bastante aflição na voz: <i>esse cateter vai ficar dentro do coração?</i> Respondi: <i>Violeta, o local correto da ponta do cateter é em uma veia grande, chamada veia cava, que está na entrada do coração... quando terminamos a passagem do cateter, realizamos um Raio-X, e se o cateter estiver dentro do coração, tracionamos até que ele fique na posição correta.</i> Violeta falou: <i>ah, agora eu entendi... assim não tem perigo, né?</i> Continuei dizendo à Violeta que por ser um cateter central, necessitava de cuidados desde o momento da instalação, como na manutenção, e também na retirada dele. Procurei, nesse primeiro momento, não falar muito sobre todas as etapas do procedimento, pois era uma situação nova que Violeta estava vivenciando e que poderia ser muita</p>	<p>escolarização e procura explicar o procedimento do CCIP de forma simples para seu melhor entendimento.</p> <p>B) A enfermeira utiliza material ilustrativo para que a mãe compreendesse passo a passo o procedimento de instalação do cateter.</p> <p>PRESEÇA</p> <p>B) A enfermeira percebe, durante o diálogo, que a mãe, em alguns momentos, mostrava preocupação sobre o procedimento que seria realizado em sua filha.</p> <p>A) A mãe mostrou interesse em participar do estudo e também de estar presente na etapa de trans-inserção.</p> <p>A) A enfermeira acredita que a participação da mãe será um momento único vivenciado por ela e que este pode contribuir para seu bem-estar e estar melhor. Assim, proporciona a possibilidade de escolhas para esta mãe.</p>
--	--	---

<p>Data: 10/03/2009 Hora: 13:30 as 15:40 Local: UTI Neonatal Presentes: Violeta, Cravo, a médica plantonista, a enfermeira assistencial, eu e a funcionária que prestava assistência direta ao RN</p>	<p>informação para ser assimilada. Finalizando, o diálogo, falei sobre a pesquisa que estava desenvolvendo, e perguntei se ela desejava participar da mesma. Ela então falou quase de imediato: <i>que bom, assim posso ver como é esse procedimento</i>. Respondi: <i>que bom Violeta que você quer participar!</i> Em seguida, ela assinou o termo de consentimento. Após, combinei com ela que realizaria o procedimento no início da tarde e que esperaria ela retornar na UTI para que pudesse participar da trans-inserção.</p> <p>TRANS-INSERÇÃO</p> <p>Violeta entrou na unidade e quando me viu, veio correndo em minha direção, sem olhar para os lados: <i>vai começar agora?</i> Respondi que sim e solicitei a ela que primeiro ordenhasse o leite, enquanto preparávamos o bebê para o procedimento. Ela foi direto para a sala de amamentação, sem ao menos perguntar onde poderia fazer a ordenha. Então, fui em direção à Orquídea, para começar o preparo da técnica. Ao abrir a incubadora, observei que Orquídea estava acordada e um pouco chorosa. Então falei: <i>você está muito agitada e se mexendo muito, vamos ter que primeiro acalmá-la, para depois pensarmos no procedimento</i>. Então a funcionária que cuidava de Orquídea falou que a médica plantonista já havia prescrito um analgésico para ser administrado antes de iniciar o procedimento. Enquanto a funcionária preparava a medicação, fui preparando Orquídea dentro da incubadora; enrolei-a delicadamente em um cueiro, deixando apenas o braço direito descoberto para ser puncionado. Olhei para Orquídea e disse: <i>bem, pequeninha... agora</i></p>	<p>ENCONTRO</p> <p>B) A mãe vai ao encontro da enfermeira para saber se o procedimento de instalação do CCIP iria começar.</p> <p>B) A enfermeira percebe que a mãe está interessada em participar do procedimento do CCIP.</p> <p>RELACIONAR-SE</p> <p>B) A enfermeira ao perceber que o bebê estava agitado, solicitou administração de analgésico antes de iniciar o procedimento do CCIP, preocupando-se com o <i>bem-estar</i> e o <i>estar melhor</i> da criança.</p> <p>B) A enfermeira aconchega o bebê com intuito de minimizar seu desconforto durante o procedimento de inserção do cateter.</p>
--	--	---

	<p><i>vamos ter que deixar você assim bem enrolada para pegar uma veia e passar o cateter... você vai dormir um pouquinho para não sentir dor. Não se preocupe que sua mãe estará aqui junto de nós. Já está chegando.</i></p> <p>A unidade estava bastante tumultuada, devido a duas internações que ocorreram no final da manhã, principalmente de um RN que estava no mesmo lado que Orquídea, e que se encontrava clinicamente instável devido à asfixia perinatal e pela prematuridade extrema. Após 10 minutos, Violeta retornou na UTI e a plantonista da tarde, ao ver a mãe novamente na unidade, e percebendo que eu e a enfermeira do plantão estávamos nos paramentando para passagem do CCIP, pediu que Violeta se retirasse da unidade. Nesse momento, delicadamente, eu intervim, dizendo: <i>a Violeta vai acompanhar o procedimento do seu bebê, pois ela é uma das famílias participantes da minha pesquisa de mestrado.</i> A pediatra me olhando espantada perguntou: <i>a rotina mudou?</i> Respondi: <i>ainda não, mas acho que poderíamos começar a pensar nisso.</i> Ela disse: <i>não estou sabendo da sua pesquisa!</i> Então falei: <i>você estava de férias, mas depois lhe repasso do que se trata o estudo.</i> Não entrei em detalhes devido à situação do momento. Finalizei a conversa, dizendo-lhe que mais tarde conversaríamos. Ela concordou e não comentou mais sobre o assunto.</p> <p>Percebi que enquanto conversava com a pediatra de plantão, Violeta estava ouvindo tudo e ficou me olhando assustada. Entretanto, parecia se sentir importante, mostrando-se com uma postura ereta, principalmente quando enfatizei que ela teria direito de ficar ali ao lado do seu bebê durante o</p>	<p>PRESEÇA</p> <p>B) A enfermeira, ouvindo que a médica plantonista havia solicitado para mãe se retirar da UTI interveio, explicando o motivo da presença mãe na unidade.</p> <p>B) A enfermeira entende que a mãe/família faz parte do ambiente da UTI e acredita que sua presença é importante durante o processo de internação do bebê.</p> <p>O ambiente da UTI estava agitado devido à internação de um RN pré-termo no final da manhã e por esse motivo pode ter afetado o diálogo entre os membros da equipe.</p> <p>RELACIONAR-SE</p> <p>B) A enfermeira percebe que a mãe, apesar de estar um pouco assustada com a discussão que havia presenciado entre ela e a médica plantonista, demonstrou “sentir-se importante” por permanecer próximo do seu bebê durante o procedimento do CCIP.</p> <p>B) A enfermeira teve que se impor perante os outros profissionais para que a mãe pudesse participar do procedimento do CCIP do seu filho. Dar a oportunidade de</p>
--	---	---

	<p>procedimento do CCIP. Violeta então perguntou: <i>posso ficar mesmo?... não vou atrapalhar o serviço de vocês?</i> Respondi: <i>claro que você pode! Não se preocupe, você não vai nos atrapalhar...</i> Violeta parecia mais tranquila depois que falei que ela poderia ficar. Então, solicitei à funcionária que aproximasse um banco para a mãe se acomodar próximo a incubadora, para que tivesse uma boa visualização do que estávamos fazendo. Violeta permaneceu sentada num banco ao lado da incubadora do bebê, enquanto eu estava posicionando o RN e checando sua monitorização, antes de iniciar a paramentação. A enfermeira do plantão já estava se paramentando e organizando a mesa auxiliar com a bandeja de CCIP para iniciar os passos do procedimento. A mãe olhava tudo atentamente, parecendo um pouco ansiosa com tudo que estava acontecendo. Em alguns momentos sua testa franzia ao observar os movimentos que fazíamos, desde a preparação com o material, na mesa auxiliar, até a antissepsia do braço direito do bebê. Perguntei: <i>Violeta, está tudo bem?</i> Ela disse: <i>sim... estou vendo o que vocês estão fazendo... quanta coisa, né?</i> Então falei: <i>para realizar a passagem do cateter temos várias etapas antes... primeiro preparamos o material, depois o bebê, posicionando ele corretamente e também fazendo um analgésico para ele não sentir dor e por último nos preparamos, colocando a paramentação antes de iniciar o procedimento.</i> Enquanto a enfermeira fazia a antissepsia do braço do bebê, solicitei que Violeta se aproximasse da mesa auxiliar para mostrar o material e então lhe disse: <i>esse aqui é um introdutor... com ele</i></p>	<p>vivenciar uma experiência nova é uma maneira de <i>estar com ela.</i> A) A mãe parecia mais tranquila depois que pôde permanecer dentro da unidade, ao lado da incubadora do seu bebê, e participar do procedimento de instalação do cateter.</p> <p>B) A enfermeira percebe que a mãe parece estar tranquila depois que pôde permanecer na unidade, junto ao seu bebê e participar do procedimento do CCIP.</p> <p>B) A enfermeira percebe que a mãe parece tensa em alguns momentos durante o procedimento e preocupa-se com o <i>bem-estar e estar melhor.</i></p> <p>B) A enfermeira entende que esse momento vivenciado é uma experiência nova e preocupa-se com a mãe, dando oportunidade de escolhas a querer ficar ou não no procedimento.</p> <p>A) A mãe, mesmo em estado de tensão, deseja permanecer ao lado da incubadora do seu bebê e acompanhar o procedimento de trans-inserção.</p> <p>B) A enfermeira</p>
--	---	---

	<p><i>eu vou puncionar a veia do bebê. Antes de eu continuar Violeta falou: com isso aí vocês pegam a veia?... não é muito grande? Respondi: em relação ao tamanho do bebê, sim, mas de todas as marcas que conhecemos, esse introdutor é o mais delicado... e, aproveitando, mostrei também o cateter e completei: e esse cateter aqui é o que vai ser colocado por dentro do introdutor, depois de puncionar a veia. Violeta olhava atentamente para cada passo da instalação do cateter. Percebi que ela parecia um pouco tensa e então novamente perguntei a ela se estava se sentindo bem e se ela realmente queria ficar para ver o procedimento. Respondeu: <i>estou bem... quero ficar sim.</i> Então, realizei a punção da veia e à medida que o cateter ia sendo inserido, Violeta demonstrava um semblante de preocupação. Seus olhos estavam centrados no campo cirúrgico, de onde aparecia o braço onde a veia foi puncionada e em alguns momentos seus olhos desviavam para nós. Alguns minutos depois, quando inserimos o cateter, falei: <i>veja Violeta, o cateter já foi colocado... agora vamos quebrar o introdutor ao meio e deixar somente o cateter.</i> Ela falou espantada e disse: <i>que interessante! ... Vocês quebram a agulha e só fica o cateter.</i> Então falei: <i>Violeta, o que quebramos é a parte do introdutor (mostrei o introdutor já partido)... a agulha fica dentro do introdutor... depois que puncionamos a veia, retiramos a agulha e passamos o cateter por dentro do introdutor.</i> Olhando para Violeta, perguntei: <i>deu para entender?</i> Ela, fazendo um sinal positivo com a cabeça, respondeu: <i>entendi, sim... eu achava que a agulha ficava no bracinho dela também... agora, olhando assim, dá para</i></i></p>	<p>preocupa-se em mostrar os materiais (introdutor, cateter, seringa e outros) para a mãe, com intuito de familiarizá-la ao procedimento do CCIP. B) No diálogo a enfermeira utiliza EUISSO (enfermeira/CCIP) para ter algum conhecimento do momento que a mãe está vivenciando. Os objetos utilizados no procedimento do CCIP podem realçar ou inibir a interação entre as pessoas, devido aos diferentes significados atribuídos por eles. B) O <i>estar com</i> a mãe nesta etapa de transição é preocupar-se em explicar e demonstrar como será realizado o procedimento no seu bebê. É vivenciar com ela esse momento. A) A mãe demonstra compreender melhor os passos do procedimento de inserção do CCIP após acompanhar pessoalmente a explicação da enfermeira.</p> <p>CHAMADOS E RESPOSTAS</p> <p>A) A mãe questiona a enfermeira se o cateter está inserido corretamente, preocupando-se com o</p>
--	---	--

	<p><i>entender melhor.</i> Em seguida falei: <i>agora que o cateter foi colocado na Orquídea, vamos fazer um RX para ver onde está a ponta do cateter.</i> Nesse mesmo momento a funcionária que prestava assistência ao bebê, percebendo que havíamos acabado, foi ao telefone chamar o funcionário da radiologia. Quando ele chegou à unidade, solicitei a Violeta que se retirasse enquanto o exame radiológico era realizado e que isso era para não prejudicá-la. Violeta voltou em seguida e ficou ao lado da incubadora e esperamos a revelação do Raio-X antes de realizarmos o curativo. Após alguns minutos, o funcionário do RX retornou e verificamos na imagem radiológica que o cateter estava muito introduzido, sendo necessário tracioná-lo 4 cm para que a ponta do cateter ficasse em veia cava superior (VCS). Então, Violeta, observando o que comentávamos sobre o posicionamento do cateter, indagou apreensiva: <i>deu certo?</i> Respondi: <i>sim, só vamos puxar um pouco o cateter para não ficar dentro do coração do bebê... lembra do que eu falei hoje pela manhã, que a ponta do cateter tem que ficar próximo do coração e não dentro dele?</i> Violeta fez um sinal positivo com a cabeça, demonstrando entender o que eu acabara de dizer. Após, o curativo foi realizado, e já finalizando o procedimento com a retirada dos campos, percebemos que o pai do bebê havia chegado. Violeta, ao vê-lo, começou a chorar e começou a tremer as mãos. Ele olhou para ela e perguntou: <i>o que foi?... por que você está chorando?</i> Ele parecia assustado ao vê-la chorando e perguntou novamente: <i>fala, Violeta... diga o que aconteceu?</i> Ela disse: <i>nada... nada, está tudo bem!</i> Ele a abraçou e ficou</p>	<p><i>bem-estar</i> de seu filho.</p> <p>B) A enfermeira responde ao seu chamado, explicando que havia necessidade de tracionar o cateter alguns centímetros para ficar bem posicionado.</p> <p>PRESEÇA</p> <p>B) A enfermeira percebe a que mãe demonstra nervosismo após a chegada do pai na unidade.</p> <p>A) O pai demonstra preocupação ao ver a companheira chorando e questiona a enfermeira sobre o que havia acontecido e de como estava seu filho.</p> <p>B) Frente à preocupação do pai em relação a sua companheira que estava nervosa e chorosa após o término do CCIP e preocupada com o <i>bem-estar</i> de ambos, procura um lugar reservado para dialogar sobre a experiência vivenciada.</p> <p>B) A enfermeira mostra-se aberta e disponível para ajudar a família, esclarecendo as dúvidas em relação ao bebê submetido ao CCIP, pois compreende que é experiência nova que a família está vivenciando.</p> <p>CHAMADOS E RESPOSTAS</p>
--	---	--

	<p>me olhando. Em seguida, perguntou: <i>está tudo bem com o bebê?</i> Respondi: <i>sim, está tudo bem... acabamos de passar um cateter na Orquídea e a Violeta acompanhou.</i> O clima estava tenso e percebendo a situação comentei: <i> você é o pai do bebê?</i> Ele respondeu: <i>sou!</i> e se voltando novamente para Violeta, falou: <i>o que foi?... fala... porque você está chorando?</i> Percebendo a situação e para tentar mudar o foco da situação, falei a ele que Violeta havia me dito que seu bebê era muito parecido com ele. Aproveitando, pedi então que eles me esperassem na entrada da unidade, pois queria conversar com ele sobre o que havia acontecido. Eles se retiraram e em seguida lavei as mãos e chamei o casal na sala de reuniões. Percebi que Violeta estava um pouco nervosa, então perguntei: <i>Violeta como você se sentiu durante o procedimento?</i> Ela, secando as lágrimas do rosto, respondeu: <i>comecei a chorar porque deu tudo certo...</i> Então lhe disse: <i>a Orquídea tem veias boas, o que facilitou passar o cateter. O procedimento foi rápido e a Orquídea colaborou muito.</i> Aos poucos Violeta foi se acalmando e seu semblante já estava mais tranquilo. Aproveitando, expliquei ao Cravo o que havia acontecido, sobre a participação da Violeta e agora dele também, caso ele concordasse, na pesquisa. Ele respondeu: <i>por mim tudo bem ... o que importa é que nossa bebê melhore.</i> Perguntei a Cravo se ele sempre viria na maternidade e qual o horário. Ele me respondeu: <i>de dia eu trabalho, mas quero vir à noite para ver a Orquídea, saber como ela está... mas as vezes consigo dar uma saída e aí quero vir.</i> Cravo falava com entusiasmo e ele abraçou Violeta e disse: <i>meu bem, vai</i></p>	<p>A) A enfermeira questiona a mãe para saber como ela se sentiu durante o procedimento de inserção do cateter.</p> <p>A) A mãe responde relatando que ficou emocionada porque o procedimento do CCIP transcorreu bem.</p> <p>PRESEANÇA</p> <p>B) A enfermeira percebe que a presença do pai durante o processo de internação do bebê pode contribuir para o <i>bem-estar e estar-melhor</i> da mãe e do bebê.</p> <p>A) O pai concordou em participar também do estudo proposto, visando o melhor para seu filho.</p> <p>RELACIONAR-SE</p> <p>A) O pai fala de forma carinhosa de seu bebê e demonstrar acreditar que seu filho vai melhorar.</p> <p>B) A relação entre o casal e a enfermeira começa a ser tornar mais autêntica. A enfermeira deixa de ser vista apenas como profissional, exercendo sua função de enfermeira e passa a ser percebida como alguém que está disponível para ajudar. A relação EU-TU é estabelecida e cada um mostra a sua singularidade.</p>
--	--	--

<p>Data: 11/03/2009 Hora: das 07:40 as 13:00 Local: UTI Neonatal Presentes: equipe de enfermagem, equipe médica e</p>	<p><i>ficar tudo bem... a Orquídea é forte e logo vamos levar ela para casa.</i> Percebi que Cravo era um companheiro atencioso e parabenizei a ele pela sua participação e acompanhamento neste período de internação de Orquídea e também por estar perto da Violeta que, também, precisa de atenção e carinho dele e de toda a família. Após o casal se retirou da unidade e eu fui até a incubadora de Orquídea para ver como estava, após a passagem do cateter. Observei que ela estava tranquila, sonolenta e se mexia apenas quando era manuseada. Após, realizei a anotação no prontuário, referente ao procedimento do CCIP, e também na folha de avaliação diária do CCIP.</p> <p>Notas Metodológicas: conversa com a pediatra sobre a pesquisa que estava desenvolvendo.</p> <p>Questões a serem aprofundadas: promover para família uma experiência nova no ambiente da UTI Neonatal é muitas vezes quebrar rotinas e protocolos. O diálogo e as relações permeiam na comunidade (RN, família e demais profissionais de saúde), por isso a relação EU-NÓS existe e deve ser respeitada. Reconhecer que o CCIP é uma tecnologia que também veio para contribuir no processo de humanização, visando o <i>bem-estar</i> e <i>estar-melhor</i> dos RNs e suas famílias.</p> <p>PÓS-INSERÇÃO Orquídea está no seu 6º dia de vida, com peso atual de 1.730 gramas. Perdeu 10 g. Está ativa, reativa ao manuseio, fontanela anterior normotensa, mucosas coradas e hidratadas, boa perfusão periférica, com sinais vitais (FC entre 152 a 163</p>	<p>RELACIONAR-SE A enfermeira utiliza o prontuário do RN (relação EU-ISSO) para obter mais informações sobre sua evolução clínica das últimas 24 horas. Ao perceber que o RN está desorganizado dentro da incubadora, a enfermeira procura acomodá-lo visando seu <i>bem-estar</i> e <i>estar-melhor</i>.</p> <p>ENCONTRO B) A enfermeira ao ver a mãe entrar, antecipa-se e vai ao seu encontro para saber como ela está. B) A enfermeira percebe que a mãe</p>
--	--	--

<p>Violeta.</p>	<p>bpm, FR entre 58 e 66 mrpm, saturação de O₂ entre 96% e 98%, T entre 36,5 °C e 37,2°C). Está com oxitenda com 40% de FIO₂, eupneica, abdome flácido e depressível a palpação, com SOG para dieta, recebendo 20 ml de leite humano ordenhado, com boa aceitação. Mantém fototerapia profilática. Está no 1º dia de CCIP para fluidoterapia e antibioticoterapia. Permanece com aminofilina para prevenção de apnéia, com controle de HGT variando entre 85 e 101 mg/dl, com bom débito urinário e eliminações intestinais presentes (3X), semi-pastoso amarelado.</p> <p>Após passagem do plantão, peguei o prontuário de Orquídea para verificar as anotações de enfermagem. Em seguida fui até sua incubadora para ver como ela estava. Ao abrir a portilhola, constatei que Orquídea estava acordada e tranquila, porém estava desorganizada entre os rolinhos e cueiros. Ajudei a funcionária a realizar os cuidados de higiene e conforto e, após, acomodei-a melhor entre os ‘ninhos’. Neste momento avistei Violeta entrando pela porta da UTI e ao se aproximar da incubadora, cumprimentei-a e disse: <i>bom-dia Violeta, tudo bem?</i> Percebi que Violeta estava um pouco sonolenta, sua face apresentava marcas do travesseiro, seus olhos estavam pequenos e com olheiras aparentes. Ela respondeu: <i>estou bem, mas muito cansada e com sono... eu venho todos os horários para retirar o leite para a Orquídea e isto é muito cansativo.</i> Ela trazia em suas mãos um copinho com leite ordenhado e observei que a quantidade de leite retirado era bem maior do que a quantidade da dieta prescrita e então perguntei: <i>Violeta,</i></p>	<p>demonstra sinais de cansaço físico devido aos horários frequentes de retirada de leite, o que pode vir a comprometer seu <i>bem-estar e estar-melhor.</i></p> <p>PRESENÇA</p> <p>B) A enfermeira mostra-se aberta e receptiva para ouvir a mãe sobre suas dificuldades em relação aos horários de ordenha do leite. Ela mostra-se disponível em ajudar, pois compreende que a manutenção da lactação é um processo desgastante e ao mesmo tempo uma situação nova e vivenciada pela mãe. Além disso, a enfermeira contextualiza no sentido de que esta mãe é ainda adolescente.</p> <p>B) A enfermeira, percebendo o cansaço físico da mãe, através do seu semblante e expressão corporal, propõe uma alternativa de horário de descanso contribuindo assim para seu <i>bem-estar e estar-melhor.</i></p> <p>CHAMADOS E RESPOSTAS</p> <p>B) A enfermeira chama a mãe, convidando-a a participar da troca do CCIP, proporcionando-lhe</p>
-----------------	---	---

	<p><i> você está com bastante leite? Sorrindo, respondeu: tenho muito... consigo tirar para a Orquídea e ainda mais um vidro grande por dia que levo no banco de leite. Violeta parecia orgulhosa com isso, então a parabeneizei e reforcei a importância de ela manter a lactação para poder amamentar o seu bebê, quando fosse o momento. Percebi que Violeta estava muito cansada e como seu bebê ainda não iria mamar ao seio para sugar, sugeri a ela que pulasse o horário das cinco da manhã e que viesse ordenhar somente às oito horas. Ela, com um sorriso nos lábios exultou: <i>que bom, assim posso dormir um pouquinho mais...</i> Respondi: <i> você ainda vai ficar bastante tempo na maternidade para acompanhar a Orquídea, por isso é bom descansar para depois quando ela começar a mamar no seio, aí sim você poder estar em todos os horários aqui... o mais importante nesse momento é manter a lactação com a ordenha do seio nos horários da dieta dela e também nos intervalos. Violeta parecia satisfeita com a proposta e então, mudando a conversa perguntei a ela: Violeta, no início da tarde irei trocar o curativo do CCIP de Orquídea. Você gostaria de estar junto? Ela me olhou e com sorriso nos lábios falou, ao mesmo tempo em que colocava sua mão em meu braço: eu quero... mas será que não vou atrapalhar? Respondi: não, pelo contrário, pode nos ajudar segurando a Orquídea para nós, enquanto trocamos o curativo. Ela parecia ter gostado da resposta e disse: se você acha que posso ajudar, com certeza eu ajudo... assim fico mais pertinho dela. Falei: Violeta, para a Orquídea é muito importante que você esteja presente e cuidando dela... assim ela sente que você é a mãe dela e que ela</i></i></p>	<p>vivenciar uma situação nova.</p> <p>B) Dar oportunidade para a mãe a participar de um procedimento de enfermagem é uma maneira de proporcionar o seu <i>bem-estar</i>, pois ela está vivenciando algo novo.</p> <p>A) A mãe responde, aceitando o convite e mostra-se interessada em participar da troca do curativo do CCIP.</p> <p>RELACIONAR-SE</p> <p>A) A mãe demonstra afeição pelo bebê e demonstra interesse em participar dos cuidados, visando sua recuperação, o seu <i>bem-estar</i> e <i>estar-melhor</i>.</p> <p>B) Através do diálogo, a enfermeira utiliza o procedimento da troca de curativo do CCIP para aproximar ainda mais mãe e RN.</p> <p>B) A enfermeira utiliza a relação EU-ISSO (enfermeira/procedimento de troca do curativo do CCIP) para auxiliar a mãe a compreender melhor a importância do cateter para seu bebê.</p> <p>A) A mãe demonstra interesse em ajudar no cuidado direto do seu bebê, contribuindo assim para seu <i>bem-estar</i> e <i>estar-melhor</i>.</p> <p>PRESEÇA</p> <p>A) A mãe demonstra</p>
--	---	--

	<p><i>não está sozinha, mas também precisamos cuidar de ti.</i> Ela olhou para Orquídea e falou carinhosamente: <i>tudo que eu puder fazer para ela melhorar eu vou fazer... ela é a coisa mais preciosa que eu tenho.</i> Dirigindo-se a mim, perguntou: <i>a que horas você vai fazer o curativo?</i> Respondi: <i>depois do horário da dieta das 14 horas... é quando vai completar 24 horas que realizamos o procedimento de inserção do cateter...</i> Então peguei no braço de Orquídea onde estava inserido o CCIP e mostrei a ela como estava o curativo, que estava com a gaze suja de sangue coagulado, ao mesmo tempo, comentando: <i>veja Violeta, como ficou o curativo de ontem para hoje...</i> ela olhou e disse: <i>aquilo ali embaixo do curativo é sangue velho?</i> Respondi: <i>sim, é sangue coagulado... é normal apresentar um pouco de sangue após a passagem do CCIP... por isso sempre colocamos um pedacinho de gaze no local onde o cateter está inserido para comprimir e absorver o sangue caso apresente e, neste caso, sangrou só um pouquinho.</i> Ela olhava tudo atentamente e antes de continuar falando, Violeta perguntou: <i>vocês trocam sempre o curativo?</i> Respondi: <i>a primeira troca é sempre após 24 horas de instalar o cateter no bebê e depois a cada sete dias ou quando há necessidade... por exemplo, se no local onde o cateter está estiver sujo ou mesmo solto, temos que trocar o curativo e mantê-lo bem fixado para não ter risco de perdê-lo e o bebê ficar sem acesso.</i> Violeta prestava atenção em tudo que eu falava e olhava atentamente para o braço de Orquídea onde o CCIP estava e então perguntou: <i>tem algum perigo de ela perder esse cateter se não trocar o</i></p>	<p>carinho por seu bebê e está mais próxima dele.</p> <p>A) A presença da mãe é autêntica, pois ela demonstra interesse em participar do procedimento de troca de curativo do CCIP.</p> <p>CHAMADOS E RESPOSTAS</p> <p>A) A mãe percebe que seu filho está agitado e tenta acalmá-lo colocando suas mãos firmes em cima do corpo do bebê.</p> <p>A) A mãe demonstra preocupação ao saber que seu bebê havia puxado o CCIP.</p> <p>B) A funcionária percebeu a preocupação da mãe e logo respondeu sua pergunta, tentando minimizar a situação.</p> <p>RELACIONAR-SE</p> <p>B) A enfermeira preocupa-se em aconchegar o bebê, preparando para a troca do curativo do CCIP.</p> <p>A) A mãe ajuda a enfermeira a acomodar seu bebê dentro da incubadora.</p> <p>CHAMADOS E RESPOSTAS</p> <p>A) A mãe questiona a enfermeira sobre a necessidade de realizar outro procedimento do CCIP caso o atual cateter seja retirado por algum motivo.</p> <p>B) A enfermeira utiliza de seu conhecimento</p>
--	---	---

<p>Data: 11/03/2009 Hora: das 14 as 15:30 Local: UTI Neonatal Presentes: Violeta, eu e a funcionária que estava prestando cuidados ao RN</p>	<p><i>curativo?</i> Respondi: <i>o curativo é um dos cuidados para manter o cateter, mas existem outros cuidados que eu falo para você depois, tá bom?</i></p> <p>Percebi que era muita informação ao mesmo tempo para Violeta e então combinamos que depois do horário da dieta das 14 horas, quando ela viria para ordenhar, eu iria esperar por ela para realizar a troca do curativo. Violeta ficou com seu bebê mais uns 15 minutos, depois se retirou, dizendo que iria tomar café e depois, um banho. Retornou somente perto das 11 horas para ordenhar o leite. Seus cabelos estavam molhados e se aproximando da incubadora falou para a funcionária que estava administrando medicação ao seu bebê, que ela se sentia outra pessoa depois do banho. Aparentava satisfação e conforto neste momento.</p> <p>Por volta das 14 horas, eu estava preparando o material para fazer a troca do curativo do CCIP de Orquídea quando Violeta veio trazer o leite ordenhado em um copinho. Ao ver que se aproximava, propus: <i>Violeta, primeiro vamos dar o leite para seu bebê e depois realizamos a troca do curativo do CCIP, tá bom?</i> Ela colocou o copinho do leite em cima da incubadora de Orquídea e disse: <i>posso ficar aqui esperando?</i> Respondi que sim e aproximei um banquinho para ela sentar ao lado da incubadora, enquanto a funcionária, que prestava cuidados a Orquídea, administrava o leite pela sonda. Violeta colocou a mão dentro da incubadora e falava carinhosamente com Orquídea, acariciava sua cabeça. Ao mesmo tempo, ‘conversava’ com ela e conosco: <i>ela é tão pequena, mas parece tão espertinha... olha só como</i></p>	<p>técnico-científico para explicar os cuidados de manutenção do CCIP.</p> <p>B) A enfermeira procura utilizar uma linguagem simples para falar dos cuidados com o CCIP.</p> <p>A) A mãe mesmo em alguns momentos demonstrar preocupação em relação ao cateter, compreende que o CCIP é a melhor opção de acesso central para seu bebê.</p> <p>B) A enfermeira percebe durante o diálogo que a mãe está interessada em saber mais sobre o CCIP.</p> <p>B) Para que a mãe compreendesse melhor a troca de curativo, a enfermeira ia falando passo a passo o procedimento.</p> <p>A) A mãe ao final do procedimento relata que achou interessante o material utilizado como cobertura do curativo.</p> <p>A) A mãe reconhece que o CCIP é bom para os bebês.</p> <p>B) A enfermeira procurou responder as dúvidas da mãe em relação à troca do curativo com objetivo de promover a educação, pois acredita que é através do diálogo é que ocorre o processo educativo.</p>
---	--	--

	<p><i>ela se mexe, parece uma espoletinha!... vou tentar acalmar ela, enquanto você dá o leite. A funcionária que estava prestando cuidados comentou: sua filhinha não pára quieta... tentei arrumar ela várias vezes com o ninho, com o cueiro, mas ela não pára e se não ficar de olho ela puxa tudo... hoje de manhã ela estava puxando com a outra mão o cateter e então tive que fazer uma luva com gaze para ela sossegar. Violeta olhou espantada para a funcionária e disse: ela puxou o cateter? A funcionária, percebendo a preocupação da mãe, respondeu: sim, ela segurou firme e estava puxando, mas não chegou a tracionar o cateter. Enquanto Violeta e a funcionária conversavam, eu ia preparando o material para realizar a troca do curativo. Após, realizei a lavagem das mãos e fui até a incubadora preparar Orquídea para o procedimento. Abri a portinhola e vi que Orquídea estava acordada, se mexendo constantemente, e então solicitei a Violeta que me ajudasse a fazer uma contenção com uma fralda de pano em Orquídea, deixando descoberto apenas o braço onde estava o CCIP e conversei com a menina: vamos trocar seu curativo do cateter, pequena Orquídea! Vamos deixar você enroladinha nesta fralda para não se mexer muito e não correr o risco de tracionar o cateter. Violeta ficou olhando o que eu estava fazendo e foi me ajudando na medida em que eu solicitava sua ajuda. Então, Violeta olhou para mim e perguntou: se ela perder esse cateter vai ter que ser passar outro? Respondi que alguns cuidados eram importantes para que isso não acontecesse, que eram os cuidados para a manutenção do cateter, que envolviam desde a</i></p>	<p>B) A enfermeira atende uma necessidade da mãe, mesmo que não expressada. A enfermeira adianta-se a necessidade, pela sua experiência profissional e tenta explicar o procedimento da melhor forma possível.</p>
--	--	--

inspeção diária do local de inserção do cateter, a checagem diária no Raio-X do posicionamento da ponta do cateter, cuidados com os soros e medicamentos que estavam sendo infundidos nele, a lavagem intermitente do cateter para evitar obstrução, mas que algumas vezes, mesmo tomando esses cuidados, havia necessidade de ‘passar’ outro. Ela então falou: *então tem que cuidar muito para ela não perder esse cateter, não é?* Respondi: *sim, é fundamental cuidar do cateter para que o bebê receba o tratamento completo, sem ter que ficar punccionando ele várias vezes... mas, caso aconteça algum problema, por exemplo, se o bebê começar a apresentar alguma complicação clínica e se o cateter for o que está provocando infecção nele, temos que retirá-lo.* Ela me olhava espantada, com os olhos arregalados e então perguntei: *você está entendendo o que eu estou falando, Violeta?* Ela respondeu: *estou sim... então esse cateter pode prejudicar a Orquídea? Ela pode ter uma infecção pelo cateter?* Respondi: *de todos os tipos de cateteres centrais utilizados nos RNs, o CCIP é o que menos provoca infecção... como ele é um cateter que é inserido através de uma punção venosa e fica posicionado perto do coração, precisa de cuidados especiais para evitar a contaminação dele e um desses cuidados, por exemplo, é a limpeza das conexões (mostrei a ela a torneirinha) com uma solução chamada de clorexidina alcoólica 0,5%, antes de administrar qualquer medicamento ou mesmo trocar os soros.* Ela continuou: *quanto tempo o cateter fica no bebê?* Respondi que o CCIP ficava até quando fosse necessário para terminar

a terapêutica e que o cateter era importante para não expor o bebê a vários estímulos dolorosos, provocados por várias punções venosas periféricas. Ela então falou: *então o CCIP é uma coisa boa para o bebê, né?* Respondi que tinha muitas vantagens e benefícios para o bebê e também para a equipe, que tinha um acesso venoso seguro para fazer as medicações que fossem necessárias. Ao perceber que ela havia parado de perguntar, propus: *Violeta, você nos ajuda a segurar o seu bebê enquanto trocamos o curativo?* Ela respondeu: *como eu faço? Coloco a mão sobre ela?* Respondi que sim e então administramos solução oral de glicose a 25% e após uns minutos iniciamos a troca do curativo. A cada passo que ia executando eu ia explicando para que ela entendesse. Violeta acompanhava tudo atentamente, e, já finalizando, e percebendo que eu não havia colocado a gaze na inserção do cateter, perguntou: *agora não precisa colocar mais um pedacinho de gaze?* Então respondi: *a gaze é colocada no local onde o cateter foi inserido para prevenir sangramento e hoje retiramos e deixamos somente um curativo, que é essa película transparente... mas caso continuasse a sangrar, colocaríamos a gaze até o sangramento parar.* Violeta falou: *achei que fosse mais complicado trocar o curativo...* e olhando para o braço de Orquídea, já com o novo curativo instalado, continuou: *... achei interessante que dá para ver o cateter por esse curativo.* Falei a ela que com a película transparente era possível visualizar e acompanhar diariamente alguma alteração na inserção do mesmo. Ao finalizar, toquei levemente no corpo da recém-nascida e falei: *pronto, Orquídea... agora*

	<p><i>you are está de curativo novo.</i> Violeta então disse, com a expressão incrédula: <i>já acabou?</i> Respondi que sim e aproveitei e perguntei o que ela havia achado do procedimento. Ela respondeu: <i>eu achei legal e acho que também é bom para os bebês... ela nem chorou para trocar o curativo.</i> Começamos a rir! Orquídea estava bem tranquila e até um pouco sonolenta. Finalizamos o procedimento e Violeta me ajudou a acomodar Orquídea na incubadora. Agradei a sua ajuda e participação no procedimento. Então me dirigi a pia para lavar as mãos e em seguida realizar anotação no prontuário e na folha de avaliação diária do CCIP. Violeta permaneceu mais algum tempo com Orquídea e depois se retirou da UTI.</p> <p>Notas Metodológicas: Questões a serem aprofundadas: dar oportunidade para família para participar dos cuidados de manutenção com o CCIP é uma maneira de promover seu <i>bem-estar e estar-melhor.</i></p> <p>Observação: a descrição do Diário de Campo precisa ser interrompida por questões de espaço, mas a vivência da Enfermagem Fenomenológica com esta família ocorreu até o final de abril de 2009, quando o RN teve alta do hospital.</p>	
--	---	--

APÊNDICE C – Exemplo do segundo momento analítico da PCA, em que se realizou a comparação entre as experiências de todas as famílias participantes

A EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA ANTES DO PROCEDIMENTO

Unidade de Significado 1 - A PERPLEXIDADE DIANTE DO INESPERADO: A FAMÍLIA EM UM COMPLETO EMARANHADO DE SENTIMENTOS

FAMÍLIA 1	FAMÍLIA 2	FAMÍLIA 3
<p>RN era gemelar (GI), nasceu asfíxiado, tinha cardiopatia complexa e foi a óbito dois dias após o nascimento. O segundo gemelar sobreviveu, o pai e a mãe tinham outro 2 filhos. Presentes no diálogo vivido a mãe e a avó materna.</p>	<p>RN era a termo, apresentou desconforto respiratório após o nascimento e evoluiu para hipertensão pulmonar. O pai e a mãe tinham outra filha de três anos. Presentes no diálogo vivido a mãe e o pai.</p>	<p>RN era pré-termo, apresentou desconforto respiratório e evoluiu para a Doença da Membrana Hialina. Era primeiro filho do casal. Mãe tinha história clínica de Trabalho de parto Prematuro (TPP). Estavam presentes no diálogo vivido a mãe (adolescente), o pai e a avó materna.</p>
<p>A) A família fica assustada</p> <ul style="list-style-type: none"> ● a criança foi direto para a UTI Neonatal <p>Margarida, que se encontra internada no Alojamento Conjunto, veio até a unidade para visitar seus bebês pela primeira vez. Chegou acompanhada de Magnólia. Assim que entraram fui ao encontro das mesmas, me apresentei e, em seguida, acompanhei-as até a sala de cuidados intermediários, onde estava Antúrio. Margarida estava vestida com uma camisola e um roupão. Os chinelos combinavam com a vestimenta. Os cabelos estavam penteados, amarrados para trás. Ela andava lenta e cuidadosamente, devido à</p>	<p>A) A família fica assustada</p> <ul style="list-style-type: none"> ● a criança foi direto para a UTI Neonatal <p>Gerânio parecia um pouco assustado com tudo que ouvia e então olhei para ele e perguntei: <i>a mãe do bebê como está? Ele: ela está bem, mas está muito preocupada com o bebê. Ela está bastante nervosa. Quando cheguei de manhã ela estava chorando muito por causa do bebê e vim logo saber dele... ela o viu somente ontem e está muito assustada.</i></p> <p>Ela me olhou um pouco surpresa e disse: <i>minha outra filha também ficou na UTI porque nasceu antes do tempo... agora o menino, mas</i></p>	<p>A) A família fica assustada</p> <ul style="list-style-type: none"> ● a criança foi direto para a UTI Neonatal

<p>cesariana a que havia sido submetida há menos de 24 horas. Antes de chegar à sala de cuidados intermediários, ela imediatamente perguntou: <i>enfermeira... onde está o meu outro bebê? Respondi: seu outro bebê... a menina? Está na UTI...</i>, e antes mesmo de completar a frase, ela me olhou espantada e disse: <i>na UTI? Por quê?</i> Então, ao perceber sua ansiedade, pois olhava firmemente para Magnólia, com os olhos cheios de lágrimas, procurei tranquilizá-la, dizendo: <i>a Azálea, logo após o nascimento, apresentou dificuldade para respirar e precisou ser levada para a UTI e ser monitorada... ela está estável, mas precisa de cuidados mais especializados.</i></p> <p>Após uns 10 minutos, aproximadamente, Margarida perguntou: <i>será que posso ver a minha menina na UTI?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • a criança ficava presa nos fios e aparelhos <p>Então, acompanhei-as até a UTI e Margarida, ao se aproximar da incubadora onde estava Azaléa, e vendo que ela estava quase escondida em meio a tantos fios e equipamentos (entubada e com ventilação mecânica), ficou séria, com fâcias de preocupação, franzindo a testa e arregalando os olhos. Comentou: <i>meu Deus... minha menina, coitadinha, parece tão frágil! Quanta coisa ela tem... será que ela vai ficar boa?</i> A avó também parecia assustada ao ver Azaléa ligada a tantos fios e comentou: <i>Margarida, ela vai sobreviver... temos que ter fé!</i></p>	<p><i>ele é do tempo certo...</i></p> <p>Então aproximei um banco para que se sentasse próximo à incubadora e lhe disse: <i>você não quer tocar no seu bebê?</i> Ela me olhou um tanto surpresa, mas, ao mesmo tempo, afirmando com a cabeça, demonstrando interesse em tocar o bebê: <i>eu quero sim... mas não tem problema de ele se assustar?</i></p> <p>Por volta das 08h30min, estava retornando do refeitório quando encontrei com Rosa no corredor e falei: <i>bom dia! Está indo na UTI?</i> Ela já estava andando melhor, não apoiava mais as mãos na barriga e caminhando ao meu lado, falou: <i>oi, Márcia... estou indo... quero ver como está meu menino!</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • CPAP, alarmes, quantas coisas tem ligado nele? <p>Por volta das 08h00min, eu estava trocando o curativo do cateter umbilical de Lírio quando seu pai (Gerânio) entrou na UTI Neonatal para visitá-lo. Quando ele estava se aproximando da incubadora, falei: <i>bom dia, o senhor é o pai do bebê?</i> Ele me olhou e logo respondeu: <i>bom dia... sim, sou!</i> Então me apresentei e aos poucos fui familiarizando-o com ambiente da UTI, começando pela rotina da unidade. Ele parecia um pouco assustado com o alarme do sensor de oxímetro que estava conectado no pé do bebê e conforme ele mexia o alarme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • depois de sair do oxigênio e do soro, ela pode mamar? <p>Violeta mostrou sua camiseta que estava molhada na região do mamilo e disse:</p> <p><i>o leite chega a vazar de tanto que tenho... não vejo a hora da Orquídea mamar.</i> Percebi que ela falava com orgulho em relação à quantidade de leite que tinha e da vontade de colocar o bebê mamar o mais breve possível. Então falei: <i>devido a tudo que aconteceu, ainda é cedo para colocá-la para mamar, mas tão logo que ela ganhe um pouco mais de peso, ela irá para o peito mamar sim...</i> Violeta então colocou a mão dentro da incubadora e acariciando Orquídea falou: <i>mas será que</i></p>
---	---	--

<p><i>Esses aparelhos são para ajudar ela sobreviver, né? São os mesmos do outro? Parece que tem mais coisa... (olhando em minha direção, como se estivesse esperando por uma confirmação).</i></p> <p>Margarida demonstrava estar assustada, sua testa franzida e seus olhos estavam arregalados e fixados no bebê.</p> <p>● a criança tem risco de morte (situação clínica)</p>	<p>disparava. Então disse a Gerânio: <i>não se preocupe, o alarme desse sensor é sensível e quando o bebê se mexe o aparelho não faz a leitura correta e então o alarme dispara.</i> Gerânio começou a olhar tudo que estava conectado ao seu bebê e observando o CPAP que estava instalado, perguntou: <i>ele tem que ficar com esse caninho no nariz?... parece que incomoda ele!</i></p> <p>Observei que Rosa falava do seu bebê demonstrando um sentimento de pena e angústia, ela tentava se conter para não chorar, mas seus olhos enchiam de lágrimas. Disse a Rosa: <i>realmente são muitos aparelhos conectados no seu bebê, mas são importantes para sua recuperação... há algum tempo atrás essa tecnologia não existia e muitos bebês morriam.</i> Ela então me olhou e disse: <i>ainda bem que hoje existem esses aparelhos, mas dá um dó em olhar para ele assim.</i></p> <p>À medida que falava ia também mostrando o gráfico no monitor do sensor de oxímetro para que ela tivesse uma melhor compreensão. Rosa olhava com atenção o monitor e depois voltando a tocar no bebê, falou: <i>Nossa!.. é tanta coisa que está ligado nele, né? ... é o monitor, esse aparelho é para ajudar ele respirar, a sonda no nariz, no umbigo para receber soro... ...coitadinho, tão pequeno e já tem que passar por tudo isso.</i></p> <p>● como ele está? Vai ficar muito tempo aqui? Vai embora com a gente!</p>	<p><i>vai demorar muito para ela começar a mamar no peito?... ela está bem, não é?</i> Me olhou com semblante de preocupação. Respondi que em relação ao dia em que nasceu ela apresentava uma boa evolução, pois já havia saído da ventilação mecânica e que estava recebendo oxigênio somente pela tenda. Ela me olhou e perguntou: <i>depois que sair do oxigênio e do soro ela pode mamar?</i></p> <p>● ele ainda vai ficar bastante tempo internado? (o auto-comforto - a esperança de ir</p>
---	--	--

<p>Elas me olhavam e escutavam atentamente, mas, ao mesmo tempo, parecia tudo muito distante para elas (pareciam escutar e não escutar, ao mesmo tempo). Então Margarida perguntou: <i>por que ela não se mexe?... ela está dormindo?</i> A pediatra de plantão se aproximou, apresentou-se e começou a falar sobre o quadro clínico da recém-nascida. Margarida e Magnólia olhavam atentamente para Azaléa e às vezes desviavam os olhos para a pediatra. Pareciam assustadas e preocupadas com o que ela dizia. Margarida perguntou: <i>ela tem algum risco de morrer?... ela vai sobreviver?</i> A pediatra disse que seu quadro clínico era instável e que estava num período crítico, mas que todos os cuidados estavam sendo realizados para sua recuperação. Comentou também sobre a necessidade de retirar o cateter umbilical e realizar o CCIP, para que o bebê pudesse continuar recebendo os medicamentos e soros. Margarida mexia nos dedos, suspirava e mantinha os olhos fixos na criança. Parecia muito assustada com a notícia.</p>	<p>Pensei que ele estava bem! Dra ele vai ficar bom?</p> <p>Ele olhava tudo atentamente e à medida que eu ia falando, a expressão do seu rosto mudava, franzindo em alguns momentos a sua testa e arregalava os olhos, parecendo um pouco ansioso. Então perguntou: <i>como ele está?... vai ficar muito tempo aqui?</i></p> <p>Gerânio ficou aguardando a pediatra e olhando para o filho. Falou: <i>ele vai ficar bom... é um menino e tenho certeza que ele vai pra casa com a gente.</i></p> <p>Nesse momento a pediatra se aproximou de Gerânio, se apresentou e começou a falar do quadro clínico do bebê. Percebi que ele ficou preocupado com o quê a pediatra falava. Ao final, perguntou: <i>a senhora acha que ele vai ficar muito tempo internado?</i></p> <p>Por volta das 08h00min, eu estava na sala de cuidados intermediários conversando com outra mãe (Gérbera), quando avistei a Rosa entrando na UTI para visitar o bebê. Ela parecia estar mais disposta e com uma melhor aparência. Ela estava com cabelos amarrados e com um vestido preto. Depois de alguns minutos fui ao seu encontro e disse: <i>bom dia, Rosa! Como está?</i> Ela me respondeu: <i>graças a Deus eu estou melhor e agora só falta meu menino melhorar logo...</i> Rosa foi abrindo a portinhola da incubadora e continuou falando: <i>... ontem a médica da noite falou que os exames do meu bebê estavam melhores e</i></p>	<p>para casa)</p>
--	---	-------------------

	<p><i>que isso era um sinal bom.</i> Rosa estava esperançosa em relação ao quadro clínico do bebê e falava com entusiasmo.</p> <p>Enquanto a pediatra falava sobre a clínica do bebê, Rosa franzia a testa e arregalava os olhos, parecia assustada e com dificuldades para entender o que ouvia. Ela interrompeu a pediatra e disse: <i>doutora... ele vai ficar bom? A pediatra me olhou e logo percebeu que Rosa estava querendo uma resposta que, naquele momento, não tínhamos. Ao receber meu incentivo para que continuasse falando, argumentou: Rosa, temos que esperar... ele ainda está muito instável... já entramos com os medicamentos necessários, temos que ver a resposta dele.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● não pode ficar com o mesmo? (referindo-se ao cateter umbilical) (foge?) <p>Aproveitando o assunto, mostrei para Rosa o cateter umbilical que estava no bebê e falei: <i>a senhora está vendo esse cateter aqui no umbigo dele?...</i> Ela fez um movimento positivo com a cabeça e então completei: <i>esse cateter foi passado logo depois que ele nasceu para receber todas as medicações necessárias, os soros, a NPT e agora teremos que trocá-lo por outro cateter, que será punccionado em um dos braços.</i> Ela me olhou e perguntou: <i>não dá para ficar com esse mesmo?</i></p> <p>Antes de explicar sobre o procedimento do CCIP para Rosa, fui chamada pela pediatra para ajudar numa emergência de outro bebê no</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ela não pode ficar com este mesmo? Mas tem que passar este cateter mesmo? <p>Aproveitei o momento e mostrei para Violeta que o cateter que estava no umbigo do bebê precisava ser retirado... e antes de eu continuar falando, ela perguntou: <i>ela não pode ficar com esse mesmo?</i></p> <p>Enquanto eu falava sobre o CCIP e como era o procedimento, Violeta ficou séria, seus olhos arregalaram e com um semblante de preocupação, questionou: <i>mas tem que passar esse cateter, mesmo?</i></p>
--	--	---

	<p>outro lado da UTI. Como a outra enfermeira estava no horário do café, pedi licença e ela percebendo a movimentação na unidade, falou: <i>vou sair e mais tarde eu volto.</i></p> <p>Retornei a unidade e aproximadamente 20 minutos depois, Rosa entrou na UTI e ao vê-la fui conversar sobre o procedimento do CCIP que iria ser realizado. Neste ínterim, solicitei à funcionária que estava cuidando do Lírio que preparasse o material para realizarmos o procedimento do CCIP e ainda falei da possibilidade da mãe participar do procedimento. Convidei-a para ir até a sala de reuniões e lá dei continuidade à conversa que havia começado pela manhã. Então disse: <i>Rosa, a senhora lembra o que estávamos conversando sobre a necessidade de passar outro cateter no seu bebê para continuarmos o tratamento?</i> Ela fez sinal positivo com a cabeça e disse: <i>lembro você falou que o cateter do umbigo tinha que ser retirado.</i> Então completei: <i>vamos passar um cateter que vai até perto do coração do bebê e será realizado através de uma punção de uma veia periférica.</i> Ela ficou me olhando assustada e então me perguntou? <i>Esse procedimento tem algum risco?</i></p> <p>B) A família fica triste “por tudo” (chora)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● a gravidade da situação clínica da criança (caos) <p>Enquanto eu falava, Rosa</p>	<p>B) A família fica triste “por tudo” (chora)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● a gravidade da situação clínica da criança
--	---	--

	<p>começou a chorar e seu esposo levantou da cadeira e foi ampará-la, dizendo: <i>calma, Rosa... o bebê vai ficar bem, temos que ter fé... depois vamos ver nosso menino, primeiro deixa passar essa dor.</i></p> <p>Observei que Rosa falava do seu bebê demonstrando um sentimento de pena e angústia, ela tentava se conter para não chorar, mas seus olhos se enchiam de lágrimas. Disse a Rosa: <i>realmente são muitos aparelhos conectados no seu bebê, mas são importantes para sua recuperação... há algum tempo atrás essa tecnologia não existia e muitos bebês morriam.</i> Ela então me olhou e disse: <i>ainda bem que hoje existem esses aparelhos, mas dá um dó em olhar para ele assim</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • pelas “múltiplas dores” (cesárea; não consegue andar direito; mãe recebe soro; precisa de cadeiras de rodas para ver o bebê; o RN está sedado; o filho quase inerte na incubadora; dificuldades com as mamas) <p>Então perguntei: <i>será que ela não gostaria de vir aqui de novo para ver o filho de vocês?</i> Ele me olhou e disse: <i>ela não consegue andar direito, sente muita dor por causa da cesárea...</i></p> <p>Então, por volta das 09h00min fui até o alojamento conjunto (Setor A) para conversar com o casal. Chegando ao quarto, Gerânio estava sentado ao lado da cama. Então cumprimentei Rosa, me apresentei como enfermeira da Unidade Neonatal e perguntei: <i>como a senhora está?</i> Ela ainda</p>	<ul style="list-style-type: none"> • pelas “múltiplas dores” (o meu peito vai estourar... , cansaço físico) <p>Violeta entrou na UTI por volta das 8 horas e então me aproximei e após me apresentar como enfermeira da unidade, disse: <i>bom dia, Violeta! Como você está?</i> Ela respondeu: <i>bom dia, estou bem!</i> Percebi que Violeta estava com os olhos inchados e com o rosto marcado, talvez pela dobra do travesseiro. Seus cabelos estavam um pouco desajeitados, porém presos com uma presilha. <i>Você veio ver o seu bebê?</i> Ela respondeu: <i>eu vim retirar o leite para dar a ela... estou com bastante leite... parece que meu peito vai estourar.</i></p>
--	---	---

	<p>estava deitada no leito e observei que estava com acesso venoso periférico recebendo soro. Estava abatida, um pouco pálida e também edemaciada. Enquanto tentava se ajeitar na cama, respondeu: <i>tirando a dor da cesárea, no resto estou bem...</i> e em seguida perguntou: <i>como está o meu bebê?... ele está bem?</i> Rosa parecia apreensiva e um pouco nervosa.</p> <p>Por volta das 07h30min, Rosa estava parada na entrada da unidade, esperando para entrar na UTI. Ela ainda estava com palidez cutânea e seus cabelos estavam molhados. Usava camiseta branca com estampa na frente e uma calça de moletom azul escuro. Percebi que ainda estava com acesso venoso periférico salinizado. Aproximei-me dela e falei: <i>bom dia, como passou?</i> Ela respondeu: <i>oi, enfermeira... eu estou melhorando, ainda sinto muita dor, mas já consigo caminhar... eu vim ver o meu bebê, será que posso entrar?</i> Rosa parecia confusa e começou novamente a chorar e então, vendo a situação dela, disse: <i>a senhora está bem?... quer sair um pouco e tomar um pouco de água?</i> Ela ficou em pé e apoiando a barriga com as mãos, falou: <i>achou que vou para o quarto, estou com um pouco de dor, depois eu volto.</i></p> <p>Propus: <i>a senhora já foi ao banco de leite para começar a ordenhar?</i> Ela me olhou surpresa e disse: <i>já, mas estou com pouco leite e quase não sai nada... já tive dificuldades para dar de mamar para minha outra filha, ela mamou</i></p>	
--	---	--

<p>C) Tendo que aceitar o procedimento (consternação)</p> <ul style="list-style-type: none"> • temos que ter fé <p>A avó também parecia assustada ao ver Azaléa ligada a tantos fios e comentou: <i>Margarida, ela vai sobreviver... temos que ter fé!</i></p>	<p><i>somente nos primeiros dias e depois tive que dar mamadeira.</i></p> <p>Aproximei-me e observei que ela estava tocando no seu bebê e conversando de maneira carinhosa, que mesmo estando com sedação, reagia com movimentos leves dos membros superiores e inferiores. O sensor de oxímetro começou a alarmar e Rosa demonstrando preocupação, falou: <i>será que ele fica agitado quando coloco a mão nele?</i></p> <p>Rosa sorriu e ficou olhando carinhosamente para o filho enquanto o tocava. Seu semblante parecia mais tranquilo. Em alguns momentos se emocionava, enchendo os olhos de lágrimas. Lírio pouco se mexia.</p> <p>C) Tendo que aceitar o procedimento (consternação)</p> <ul style="list-style-type: none"> • temos que ter fé; Deus vai ajudar; rezar para que ele fique bom <p>Então acompanhei Rosa até o seu quarto e no caminho fui tentando acalmá-la. Chegando lá a ajudei a deitar no leito e disse: <i>tente descansar um pouco...</i> e antes de completar a frase ela falou: <i>vou ficar aqui rezando para meu menino se recuperar logo... só peço isso a Deus, que ele fique bom!</i></p> <p>Respondi que precisávamos tentar novamente, mas não poderia garantir que teríamos sucesso. Ela disse: <i>eu sei que você não pode me garantir, vou só rezar para dar certo.</i></p>	<p>C) Tendo que aceitar o procedimento (consternação)</p> <ul style="list-style-type: none"> • se Deus quiser ela vai melhorar (com o CCIP) <p>Violeta ficou me olhando e parecia que seus olhos transmitiam desapontamento. Argumentou: <i>eu quero muito dar de mamar para ela... tenho muito leite.</i> Então falei: <i>Violeta, você ainda vai ter essa oportunidade... agora, o mais importante é que você continue a ordenha, para não diminuir a produção do leite.</i> Ela olhando e fazendo carinho no bebê, falou: <i>tudo bem, vou continuar tirando o leite e trazendo todos os horários... se Deus quiser ela vai melhorar logo e vou conseguir dar de mamar...</i></p>
--	---	--

<p>- locais de inserção</p>	<p>- locais de inserção</p> <p>Retornei a unidade e aproximadamente 20 minutos depois, Rosa entrou na UTI e ao vê-la fui conversar sobre o procedimento do CCIP que iria ser realizado. Neste ínterim, solicitei à funcionária que estava cuidando do Lírio que preparasse o material para realizarmos o procedimento do CCIP e ainda falei da possibilidade da mãe participar do procedimento. Convidei-a para ir até a sala de reuniões e lá dei continuidade à conversa que havia começado pela manhã. Então disse: <i>Rosa, a senhora lembra o que estávamos conversando sobre a necessidade de passar outro cateter no seu bebê para continuarmos o tratamento?</i> Ela fez sinal positivo com a cabeça e disse: <i>lembro você falou que o cateter do umbigo tinha que ser retirado.</i> Então completei: <i>vamos passar um cateter que vai até perto do coração do bebê e será realizado através de uma punção de uma veia periférica.</i> Ela ficou me olhando assustada e então me perguntou? <i>Esse procedimento tem algum risco?</i></p> <p>Mesmo depois de demonstrar o material ilustrativo sobre o procedimento, ela ainda tinha dúvidas: <i> você vai cortar a pele para colocar o cateter?</i> Falei que ele iria permanecer com o CCIP na cabeça e também ficaria mais um dia de cateter umbilical, pois no dia seguinte iríamos tentar novamente o procedimento. Ela perguntou: <i>será que vocês vão conseguir?... Será que vai</i></p>	<p>- locais de inserção</p> <p>Então, percebendo que ela estava assustada sobre o que eu falava sobre a necessidade de instalação do CCIP, convidei-a para ir até a sala de reuniões e lá, detalhadamente falei como seria o procedimento. Violeta então perguntou: <i>isso que vocês vão fazer dói muito?...</i></p> <p>Durante nosso diálogo observei que Violeta era uma pessoa com pouca instrução e para que ela compreendesse melhor o procedimento, mostrei desenhos ilustrativos sobre o CCIP e umas fotos que estavam no computador. Ao passar por uma das fotos, que mostrava uma imagem do Raio-X, com a localização da ponta do cateter, Violeta falou com bastante aflição na voz: <i>esse cateter vai ficar dentro do coração?</i></p> <p>Violeta falou: <i>ah, agora eu entendi... assim não tem perigo, né?</i> Continuei dizendo à Violeta que por ser um cateter central, necessitava de cuidados desde o momento da instalação, como na manutenção, e também na retirada dele. Procurei, nesse primeiro momento, não falar muito sobre todas as etapas do procedimento, pois era uma situação nova que Violeta estava vivenciando e que poderia ser muita informação para ser assimilada.</p>
-----------------------------	--	--

<p>● se isso “vai ajudar a recuperar o bebê”</p> <p>Aproveitando o momento, falei sobre minha pesquisa e a proposta do estudo, pedindo o seu consentimento. Ela concordou em participar e salientou ainda: <i>se esse procedimento pode ajudar a recuperar o meu bebê, participo sim, sem problema nenhum.</i></p> <p>D) Devo ou não devo: os conflitos vividos pela família frente ao convite para participar do procedimento</p> <p>● tenho pena; vou ficar nervosa; vou atrapalhar; não tenho coragem</p>	<p><i>dar certo?</i></p> <p>● se isso “vai ajudar a recuperar o bebê”</p> <p>D) Devo ou não devo: os conflitos vividos pela família frente ao convite para participar do procedimento</p> <p>● tenho pena; vou ficar nervosa; vou atrapalhar; não tenho coragem</p> <p>À medida que explicava sobre os passos do procedimento do CCIP, Rosa me olhava atentamente, demonstrando preocupação, franzia a testa, arregalava os olhos e em alguns momentos seus olhos se enchiam de lágrimas. Depois de alguns minutos de diálogo, ela aparentava estar mais tranquila e aproveitei o momento para falar sobre a pesquisa que estava desenvolvendo e perguntei a ela se gostaria de participar. Ela respondeu que sim, mas em seguida quando falei que ela poderia participar durante o procedimento, sua reação foi imediata, fazendo um gesto negativo com a cabeça e disse: <i>não tenho coragem de ver, tenho pena e sei que vou acabar atrapalhando.</i></p> <p>Então, perguntei a ela se ela gostaria de ver algumas fotos que eu tinha no computador</p>	<p>● se isso “vai ajudar a recuperar o bebê”</p> <p>D) Devo ou não devo: os conflitos vividos pela família frente ao convite para participar do procedimento</p> <p>● tenho pena; vou ficar nervosa; vou atrapalhar; não tenho coragem</p>
---	--	---

<p>● a vontade de participar</p> <p>Comentei, também, que teríamos que realizar o procedimento do CCIP logo, devido à necessidade de manter a terapêutica. Margarida disse: <i>que pena, se eu não fosse para casa agora, eu iria ver isso...</i> Observei que Margarida, espontaneamente, mostrou interesse em participar do procedimento, mas estava ansiosa para ir para casa. Em seguida, a funcionária do setor</p>	<p>para entender melhor do que estava falando. Ela afirmou que sim. Ao ver as fotos que demonstravam passo a passo o procedimento juntamente com minha explicação de cada imagem, Rosa olhava as fotos e demonstrou-se apreensiva e assustada. No entanto, aos poucos foi entendendo o que iria ser realizado no seu bebê, aparentando estar mais calma e então disse: <i>eu sei que posso participar, mas não quero ficar... tenho muita pena dele, vou ficar nervosa e só vou atrapalhar...</i></p> <p>Rosa olhando e tocando no seu bebê, falou: <i>se Deus quiser vai dar certo, meu lindo... as tias aqui vão conseguir passar o cateter e você vai ficar bom logo e vamos para casa...</i> Fiquei feliz com a resposta dela e então perguntei a ela: <i>você quer ficar hoje e acompanhar o procedimento?</i> Ela me olhou espantada e logo respondeu: <i>não, prefiro ficar no quarto e ficar rezando para dar tudo certo... sou muito fraca e não vou ter coragem de ficar vendo... sei que é o melhor para ele, mas tenho muita pena dele.</i></p> <p>● a vontade de participar</p>	<p>● a vontade de participar (demonstra interesse pelo procedimento do CCIP, se posso ajudar, eu fico!)</p> <p>Finalizando, o diálogo, falei sobre a pesquisa que estava desenvolvendo, e perguntei se ela desejava participar da mesma. Ela então falou quase de imediato: <i>que bom, assim posso ver como é esse procedimento.</i></p>
--	--	---

entrou no quarto e disse à Margarida que seu esposo estava esperando na portaria para levá-la para casa.		
--	--	--

APÊNDICE D – Planilha geral das Unidades de Significado obtidas com a análise dos dados, relacionadas aos dois objetivos da PCA

A) A EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA

PRÉ-INSERÇÃO

UNIDADE DE SIGNIFICADO 1 – É PRECISO (SOBRE)VIVER PARA SER MAIS E ESTAR MELHOR: O SER FAMÍLIA DIANTE DA NECESSIDADE DE INSTALAÇÃO DO CCIP

1.1: A perplexidade diante do inesperado: a família em um completo emaranhado de sentimentos

➤ A família fica assustada

- A criança foi direto para a UTI Neonatal
- A criança ficava presa nos fios e aparelhos
- A criança tem risco de morte (situação clínica)
- A criança precisa de outro cateter! Não pode ficar com o que já tem? (referindo-se ao cateter umbilical)

➤ A família fica triste

- A gravidade da situação clínica da criança
- Pelas “múltiplas dores” (cesárea, o bebê não nasceu saudável, cansaço, ter que ficar e querer ir para casa)

1.2: Tendo que aceitar o procedimento

- Temos que ter fé
- Já tão pequeno e já tendo que passar por tudo isso
- Procedimento é complexo e delicado (os “riscos”
 - cortar a pele
 - o cateter ficar perto do coração
 - isso que vocês vão fazer dói muito?
 - locais de inserção
- Se isso “vai ajudar a recuperar o bebê...”

1.3: Devo ou não devo? A reação da família frente ao convite para participar do procedimento

- A dúvida e os conflitos diante do convite feito (tenho pena; vou ficar nervosa; vou atrapalhar; não tenho coragem; se não me sentir bem durante o procedimento, posso sair?)

- A imediata aquiescência ao convite (vontade de participar ao ser convidada; sim, eu vou.. ; que bom...; a família se oferece) (Família 1 e Família 5)

TRANS-INSERÇÃO

UNIDADE DE SIGNIFICADO 2: É IMPORTANTE ESTAR POR PERTO, SEJA DO JEITO QUE FOR

2.1: E agora que chegou a hora? A decisão das famílias frente à liberdade oferecida para participar da inserção do CCIP

- A família aceitou participar, mas “à espreita” (não diretamente; ficou entre o querer e o não poder)

- As famílias aceitaram participar, sendo que duas delas assistiram efetivamente ao procedimento e uma não pôde, por questões externas... teve que resolver problemas fora do hospital

2.2: A família fazendo parte do procedimento

- Tensões familiares durante a inserção (relacionadas ao equipamento, à posição/situação da criança, à localização do cateter, ao sucesso/insucesso do procedimento, etc.)

- O entendimento de que estar ali é estar-com a criança (se sente importante, confirma informações recebidas/constata que as informações que a enfermeira deu estão acontecendo na realidade, conversam/interagem com a criança – apesar de o bebê estar encoberto pelos campos cirúrgicos)

PÓS-INSERÇÃO

UNIDADE DE SIGNIFICADO 3: PARTICIPAR DOS CUIDADOS CONTRIBUI PARA ATRIBUIR SIGNIFICADO À EXPERIÊNCIA

3.1 O alívio da família ao saber que o CCIP foi instalado

- “Não será mais picado”

3.2: “Quero aprender”: a família ajudando na manutenção do cateter

- Quer aprender a manter (a. porque o bebê não pode “perder”, pois o CCIP é imprescindível para “acabar o tratamento do bebê”; b. porque ela entende que o cuidado também é de sua responsabilidade e não só da equipe (deve ser compartilhado, pois o RN está com a equipe e com a família); c. porque permite compartilhar conhecimentos com outras famílias que passam pela mesma situação; por outras justificativas/causas...)

3.3: A cada curativo uma nova oportunidade de vir-a-ser com o bebê e com a equipe

B) A ENFERMEIRA AUXILIANDO A FAMÍLIA NO PROCESSO DO CCIP

UNIDADE DE SIGNIFICADO 1: A ENFERMEIRA NA PRÉ-INSERÇÃO DO CCIP

1.1: A enfermeira “percebe” a família por inteiro (o encontro)

- Aproximação intuitiva
 - coloca-se intuitivamente no lugar da família
 - percebe se a família está receptiva ao diálogo
- A enfermeira antecipa-se (ela é quem conhece a UTIN – lugar dela)
 - vai ao encontra (não espera) → recepciona a família e o bebê
 - inicia a aproximação → ambienta a família na UTIN e aproxima-se do bebê
- Reconhece as particularidades/singularidade
 - percebe o sentimento de angústia da família e suas necessidades mais prementes

1.2: A enfermeira está-com-a-família sem máscaras (o relacionar-se)

- Não esconde
- É sincera quanto ao estado crítico do bebê e as necessidades de manutenção da infusão venosa
- Preocupa-se com o estado de saúde materna (puérpera)
- Estimula a presença física da família com o bebê (irmãos, avós, etc...)
- Apresenta a equipe da UTIN e aproxima a família da mesma

1.3: A enfermeira mostra-se disponível, receptiva, interessada para acolher a família (a presença)

- Aberta à experiência que a família está vivenciando
- Compreende os sentimentos experienciados
- Troca informações e ouve os chamados das famílias

1.4: A enfermeira chama-e-responde-com-a-família (chamados/respostas)

- Comunicação através da linguagem verbal e não-verbal
- Faz o convite para a participação do procedimento do CCIP
- Dá as explicações sobre a técnica/fornece informações (linguagem acessível, terminologia clara, utilização de material ilustrativos/fotos)
- Interpreta intuitivamente as mensagens repassadas pelas famílias

UNIDADE DE SIGNIFICADO 2: A ENFERMEIRA NA TRANS-INSERÇÃO DO CCIP

2.1: A enfermeira continua singularizando os sentimentos da família (o encontro)

- Demonstra preocupação com sentimento de aflição da família indo ao seu encontro imediatamente antes ou após os procedimentos
- A enfermeira prepara-se para o encontro com a família na instalação do CCIP
- A enfermeira informa a família sobre todas as novidades que estão ocorrendo com o bebê (resultados de exames, término do procedimento, instalação do CCP, etc...)

2.2: A enfermeira envolve a família no cuidado do recém-nascido durante a inserção do CCIP (o relacionar-se)

- Continua facilitando a aproximação física entre o recém-nascido e a família mesmo durante o procedimento
- A enfermeira permanece atenta as reações da família durante a participação da mesma na inserção do CCIP
- Continua aproximando a família da equipe (relação com a pediatra)
- Mostra às famílias os insucessos inerentes ao processo

2.3: A enfermeira ajuda a equipe a perceber a presença da família (a presença)

- Conversa com a equipe sobre as necessidades da família

2.4: A enfermeira fortalece o processo de inclusão da família (chamados/respostas)

- Responde as expressões dolorosas do recém-nascido
- Responde as perguntas feitas pelas famílias
- Continua explicando os passos do procedimento para a família (instrumentos, posição do bebê, etc...)
- Reforça a importância da participação da família no procedimento
- Respeita a decisão da família em participar ou não do procedimento

UNIDADE DE SIGNIFICADO 3: A ENFERMEIRA NA PÓS-INSERÇÃO DO CCIP

3.1: A enfermeira aproxima família e recém-nascido para a vivência da manutenção do cateter (o encontro)

- A enfermeira vai ao encontro para dar notícias a família sobre o bebê e o CCIP instalado

3.2: A enfermeira estimula a família a participar dos cuidados de manutenção do CCIP (o relacionar-se)

- A enfermeira utiliza a técnica do curativo do CCIP para aproximar família-bebê, envolvendo-a no cuidado
- Mostra para a família quais são os principais cuidados de manutenção do CCIP
- A enfermeira está com a família durante todo o processo de manutenção do CCIP

- A enfermeira está com família e com a equipe nos momentos de complicações do CCIP (por exemplo, obstrução do cateter)
- Proporciona momentos de interação com a equipe da UTI e família

3.3: A enfermeira mantém-se disponível, receptiva para a família no cuidado de manutenção do CCIP (a presença)

- A enfermeira está aberta, receptiva, pronta e disponível a toda experiência da família durante este processo

3.4: A enfermeira utiliza seu potencial profissional para atender os chamados da família (chamados/respostas)

- A enfermeira está atenta aos chamados (não-verbal e verbal) da família em relação às dúvidas e às complicações advindas do CCIP
- A enfermeira utiliza seu conhecimento intuitivo e científico para atender os chamados do bebê e família em relação às complicações do CCIP
- A enfermeira chama-e-responde junto à família durante os cuidados de troca do curativo do CCIP

APÊNDICE E – Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes da pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL
Tel. (48) 3721.9480 - 3721.9399 Fax (48) 3721.9787
E-mail: pen@nfr.ufsc.br
Homepage: www.nfr.ufsc.br/pen/

Assinando este documento estamos dando nosso consentimento para participar da pesquisa conduzida pela Enfermeira Mestranda Márcia Juliane Patrícia Hertel Rovaris (pesquisadora principal) e orientada pela Professora Dra. Marisa Monticelli (pesquisadora responsável).

Compreendemos que participaremos de uma pesquisa que irá focalizar a experiência da família do recém-nascido submetido ao Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP) durante o período de internação na Unidade Neonatal. Este estudo pretende colaborar no processo de compreensão acerca de todas as etapas do procedimento do CCIP e também pretende colaborar para que a enfermagem aprimore seu processo assistencial com pessoas que vivenciam situações parecidas com as nossas.

Estamos cientes que a pesquisadora coletará dados antes, durante e depois da instalação do Cateter no recém-nascido, por meio da assistência de enfermagem direta ao mesmo. Nesta assistência, poderá gravar os momentos de diálogo conosco e terá acesso ao prontuário. A pesquisadora deixou claro que utilizará as informações obtidas exclusivamente para os propósitos da pesquisa.

Compreendemos que nossa participação será combinada em conjunto com a pesquisadora, sem qualquer prejuízo a nós e ao cuidado do recém-nascido.

Sabemos que os dados obtidos poderão ser gravados e transcritos, mas que o nosso nome e o do nosso filho não aparecerão em qualquer registro. Serão utilizados nomes fictícios.

Nossa participação é voluntária e poderemos nos negar a participar da mesma, sem que isto acarrete em qualquer efeito negativo a nós ou a qualquer um dos integrantes de nossa família. Também estamos cientes de que poderemos deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejarmos.

Compreendemos que os resultados dessa pesquisa serão dados a nós, caso os solicitemos, e que a pesquisadora é a pessoa que devemos contar, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre nossos direitos como participantes.

Caso nós concordemos em participar, assinaremos este documento, que terá duas vias, sendo que uma ficará com as pesquisadoras e a outra, em nosso poder.

Quaisquer informações adicionais sobre a pesquisa, em qualquer momento, poderão ser obtidas através dos telefones do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (3721 9787/3721 9487), do telefone da pesquisadora principal Márcia Juliane P. H. Rovaris (47 9916-8020) ou ainda, da Professora Marisa Monticelli (48 9960-4827).

Data: / /

Assinatura da mãe do RN

Assinatura do pai do RN

Assinatura de outro familiar responsável pelo RN
(no caso da ausência do pai)

Assinatura da Enfermeira - Mestranda
Márcia Juliane P. H. Rovaris