








GERENCIAMENTO DE MUDANÇAS PARA CONTROLE DO RUÍDO NA TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MANAGEMENT OF CHANGES FOR NOISE CONTROL IN NEONATAL INTENSIVE THERAPY: EXPERIENCE REPORT

GESTIÓN DE CAMBIOS PARA EL CONTROL DEL RUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES: INFORME DE EXPERIENCIA

-  Fabiana Jorge Bueno Galdino Barsam ¹
-  Cinthia Lorena Silva Barbosa Teixeira ¹
-  Claudia Rodrigues de Oliveira ¹
-  Larissa Cristina de Sousa Lima ¹
-  Débora de Oliveira Ferreira ¹
-  Maria Sueli de Souza Silva ¹
-  Fernanda Carolina Camargo ¹

¹ Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, Hospital de Clínicas. Uberaba, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Cinthia Lorena Silva Barbosa
E-mail: cinthiabarbosa.enf@gmail.com

Contribuições dos autores:

Coleta de Dados: Fabiana J.B.G. Barsam, Cinthia L.S. Barbosa, Claudia R. Oliveira, Maria Sueli S. Silva;
Conceitualização: Débora O. Ferreira; **Gerenciamento do Projeto:** Fabiana J.B.G. Barsam, Cinthia L.S. Barbosa;
Metodologia: Fernanda C. Camargo; **Preparação do Original:** Larissa C. S. Lima, Fernanda C. Camargo;
Redação-Preparação do Original: Larissa C. S. Lima;
Redação-Revisão e Edição: Fabiana J.B.G. Barsam, Fernanda C. Camargo.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 04/09/2017

Aprovado em: 19/11/2018

RESUMO

O objetivo deste estudo foi relatar uma experiência sobre planejamento participativo e gerenciamento de mudanças para controle de ruído em uma unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital público de ensino no Triângulo Mineiro. Trata-se de um projeto de pesquisa que tem a extensão universitária como uma de suas interfaces. A motivação para seu desenvolvimento foi apoiar os objetivos estratégicos do hospital, para garantir a qualidade assistencial e a segurança do paciente frente à articulação entre ensino-pesquisa-extensão e assistência. O arcabouço teórico-metodológico que orientou a condução da experiência foi o quadro lógico, historicamente derivado de métodos de planejamento que garantiam espaços para o trabalho em equipe e a participação dos diversos interessados no projeto. O gerenciamento da mudança foi conduzido por grupo gestor com expertise na temática, representado por trabalhadores locais e docentes/pesquisadores. As atividades ocorreram entre abril e maio/2017. O diagnóstico da situação-problema contou com mensuração prévia às intervenções do ruído no local (nível entre 62-82 dB), sendo a percepção do ruído no setor alta e muito alta, segundo 88,3% dos trabalhadores. Os resultados alcançados foram: engajamento de legitimadores e autoridades do hospital na proposição; sensibilização e capacitação dos trabalhadores, docentes/pesquisadores, residentes e acadêmicos para o controle de ruídos; e implantação de medidas para controle do ruído. Mudanças foram articuladas conjuntamente entre trabalhadores, representantes da universidade e chefias: *na infraestrutura do ambiente, no manuseio direto do recém-nascido e na postura da equipe*. Faz-se necessário seguimento longitudinal sobre como as iniciativas impactaram na redução do ruído e no bem-estar dos trabalhadores.

Palavras-chave: Monitoramento do Ruído; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Planejamento Participativo.

ABSTRACT

The objective of this study was to report an experiment on participatory planning and management of changes for noise control in a neonatal intensive care unit of a public teaching hospital in the Triângulo Mineiro. This is a research project that had the university outreach activities as one of its interfaces. The motivation for its development was to support the hospital's strategic objectives to guarantee the quality of patient care and patient safety before the articulation between teaching-research-outreach activities and care provision. The theoretical-methodological framework that guided the conduction of the experience was the logical framework, historically derived from planning methods that guaranteed spaces for teamwork and the participation of the various stakeholders in the project. The management of changes was conducted by a managerial group with expertise in the theme, represented by local workers and teachers/researchers. Activities took place between April and May/2017. The diagnosis of the problem-situation counted on a measurement of the noise in the place before

Como citar este artigo:

Barsam FJBG, Barbosa CLS, Oliveira CR, Lima LCS, Ferreira DO, Silva MSS, Camargo FC. Gerenciamento de mudanças para controle do ruído na terapia intensiva neonatal: relato de experiência. REME – Rev Min Enferm. 2019[citado em ____];23:e-1154. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20190001

the interventions (level between 62-82 dB); the perception of noise in the sector was high and very high according to 88.3% of the workers. The results obtained were: engagement of hospital authorities and the responsible for legitimization in the proposal; sensitization and training of workers, teachers/researchers, residents and academics to control noise; and implementation of measures to control noise. Changes were jointly articulated among workers, university representatives, and managers: in the infrastructure of the environment, in the direct handling of the newborn, and in the attitude of the team. There is a need for longitudinal follow-up regarding the way the initiatives have impacted on noise reduction and on the well-being of workers.

Keywords: Noise Monitoring; Intensive Care Units; Neonatal; Participative Planning.

RESUMEN

Se presenta la experiencia en planificación participativa y gestión de cambios para el control del ruido en la unidad de cuidados intensivos neonatales de un hospital escuela público del Triángulo Minero. Proyecto de investigación del programa de extensión universitaria con miras a apoyar los objetivos estratégicos del hospital y garantizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente ante la articulación entre enseñanza-investigación – extensión y atención. La experiencia se basa en el cuadro lógico derivado de métodos de planificación que aseguran espacios para trabajar en equipo y la participación de distintos interesados en el proyecto. La gestión de cambios se llevó a cabo por el grupo gestor con experiencia en el asunto, representado por trabajadores locales y docentes/investigadores. Las actividades se realizaron entre abril y mayo de 2017. El diagnóstico contó con la mensuración preliminar del ruido (niveles entre 62-82 dB); percepción de ruido alta y muy alta según el 88,3% de los trabajadores. Resultados: se observó el compromiso de legitimadores y autoridades del hospital con la propuesta; sensibilización y capacitación de los trabajadores, docentes/investigadores, residentes y académicos para el control del ruido y la implantación de medidas de control del ruido. Se programaron cambios entre trabajadores, representantes de las universidades y gerencias: en la infraestructura del ambiente, en la manipulación directa del bebé y en la postura del equipo. Es importante efectuar el seguimiento longitudinal del impacto de estas iniciativas en la reducción del ruido y en el bienestar de los trabajadores.

Palabras clave: Monitoreo del Ruido; Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal; Planificación Participativa.

INTRODUÇÃO

Uma preocupação eminente nos hospitais nas últimas décadas é a segurança do paciente.¹ Ela pode ser compreendida como a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde a um mínimo aceitável. Entende-se como mínimo aceitável, especialmente, a articulação entre as evidências científicas existentes e os recursos disponíveis no contexto em que a assistência é prestada, englobando tomadas de decisões dos profissionais de saúde para controlar riscos inerentes a cada situação.^{1,2} Apesar de o monitoramento de ruídos não compor as áreas prioritárias do Programa Nacional de Segurança do Paciente², tem-se demonstrado a importância de seu controle em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-Neo),

haja vista que o ruído inadequado nesses ambientes, durante a prestação do cuidado, pode acarretar danos aos neonatos, sendo eles de natureza física, social e/ou psicológica.^{3,4}

Acima de tudo, o cuidado em Neonatologia tem focado em minimizar o manuseio e proporcionar um ambiente silencioso para os recém-nascidos. Os recém-nascidos prematuros, em especial, correm risco de desenvolverem distúrbios cognitivos, motores e comportamentais em comparação aos recém-nascidos a termo, e nas UTI-Neo, estão submetidos a estresses decorrentes do ruído de alta intensidade. O ruído nesse cenário é mais alto do que na maioria dos ambientes domésticos – sendo perturbador e acontecendo em intervalos irregulares. São sinais auditivos concorrentes que frequentemente desafiam os recém-nascidos prematuros, seus familiares e os trabalhadores do setor.^{3,4}

Recente revisão sistemática demonstrou a importância de estratégias para o monitoramento do ruído no ambiente de UTI-Neo.³ Por outro lado, quando se trata de hospitais públicos de ensino brasileiros, os desafios para o controle do ruído são ainda maiores. Primeiro, por serem espaços de elevada circulação de pessoas. Como *locus* tradicional de integração ensino-serviço, convivem nesse espaço, além dos trabalhadores, os docentes, pesquisadores e estudantes de diferentes níveis de formação.⁵ Outro aspecto desafiador relaciona-se à cultura dos hospitais brasileiros, que usualmente contém elementos relacionados a uma rígida estrutura organizacional e à centralização de poder, resultando em dificuldades para o desenvolvimento do trabalho em equipe e o engajamento participativo dos trabalhadores para mudanças.⁶ Pode ser observada escassez de pesquisas que abordem iniciativas que envolvam ações planejadas e implementadas de forma participativa por equipes de UTI-Neo para o controle de ruídos.⁴ Nessa perspectiva, o presente estudo objetiva relatar a experiência de planejamento participativo e gerenciamento de mudanças para controle do ruído em uma UTI-Neo de um hospital público de ensino.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Trata-se de relato de experiência resultante de um projeto de pesquisa com interface com a extensão universitária, intitulado “Avaliação e controle do Ruído na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica”^{1a}. O cenário de estudo foi uma unidade de terapia intensiva neonatal composta de 20 leitos de um hospital geral, público e de ensino, de grande porte (332 leitos) – referência macrorregional para a alta complexidade assistencial do polo Triângulo Sul de Minas Gerais, Brasil. A mo-

¹ do GG compreenderam a estruturação da proposição entre os demais trabalhadores, o ²Projeto de extensão universitária vinculado ao Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica da Gerência de Ensino e Pesquisa do HC-UFTM, Edital PROEXT 04/2016 – Fluxo Contínuo, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

tivação para o desenvolvimento do projeto foi oferecer apoio aos objetivos estratégicos do hospital, que tem como missão garantir a qualidade assistencial e a segurança do paciente frente à articulação entre ensino-pesquisa-extensão e assistência.

O arcabouço teórico-metodológico orientador para a condução da experiência foi o quadro lógico (QL). De forma geral, o QL é uma matriz elaborada por um processo de estruturação dos elementos considerados mais importantes em um projeto – corresponde à apresentação sistemática e sucinta de uma proposição de mudança de realidades. Historicamente, a origem do QL derivou-se de métodos de planejamento que se preocupavam em garantir espaços maiores para o trabalho em equipe e para a participação dos diversos interessados no projeto. Fundamenta-se nas concepções do *Management by Objectives* (gerenciamento por objetivos), *Logical Framework Approach* (enfoque quadro lógico) e do *Zielorientierte Projektplanung* (também conhecido por método ZOPP).⁷

A compreensão da lógica do QL, na prática, ao contrário do que sugere, não significa necessariamente coerência de raciocínio ou de ideias universais. Concebe-se pela efetiva participação dos envolvidos, facilitadora da comunicação, sendo que nos processos participativos as decisões compartilhadas são mais facilmente compreendidas, resultando em engajamento da equipe e, por conseguinte, em compromissos com a proposta. As preocupações para quem utiliza o QL são, sobretudo, a transparência e a precisão. Tendo em vista a complexidade da comunicação humana, o método sugere a aplicação de uma linguagem que contribua para a redução de interpretações e mal-entendidos. Tanto ganham as organizações responsáveis pelo projeto como os usuários finais diante dos benefícios esperados.⁷

Os componentes do QL integram uma lógica vertical (colunas) e horizontal (linhas). Assim, o quadro é estruturado em: objetivo superior – amplo e com caráter de visão do futuro; objetivo do projeto – contribuição mensurável do objetivo superior, explicativa do propósito da intervenção; resultados – descritores do escopo do projeto, de tal maneira que a gerência da proposição possa assumir a responsabilidade sobre seu alcance; atividades principais – descrição das ações essenciais para atingir o resultado desejado; insumos e recursos – correspondentes às atividades, que no QL são apresentadas como estimativas, sendo que seu detalhamento ocorre no plano operacional; indicadores objetivamente comparáveis e as fontes de comprovação. Um componente diferencial do QL são as suposições importantes – correspondem àqueles aspectos que tratam de fatores externos capazes de influenciar a gerência do projeto, importantes para o êxito da intervenção, ou seja, representam os riscos e os limites do contexto.⁷

A fim de se alcançar o gerenciamento da mudança de forma participativa no controle do ruído, foi organizado pequeno grupo composto de trabalhadores do próprio setor que possu-

íam expertise sobre o tema “monitoramento de ruídos”, com experiência prévia em planejamento participativo. Seus integrantes, denominados grupo gestor (GG) do projeto, foram: duas enfermeiras especialistas em Neonatologia e Pediatria, uma médica neonatologista doutora e docente da universidade vinculada ao hospital de ensino, uma técnica de Enfermagem, uma residente de Enfermagem e uma fonoaudióloga. As atribuições desenvolvimento das atividades para alcance dos resultados e o registro adequado das atividades, compondo um dossiê denominado documentos do projeto. Os dados foram registrados em atas, relatórios e pautas estruturadas específicas para o projeto, conforme as atividades desenvolvidas. Os resultados apresentados correspondem à análise dos registros e dos documentos do projeto. Sobre o aspecto ético, foi respeitada a Resolução CNS 466/2012, sendo esta pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, em 2017, sob o parecer nº 58215416.7.0000.5154, e desenvolvida após assinatura dos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RELATO DA EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO

As ações tiveram início em 15 de abril de 2017 e foram concluídas em 20 de maio de 2017, sendo empreendidas atividades concomitantes. O diagnóstico da situação-problema – “monitoramento do ruído no setor” – foi realizado em parceria com a equipe de Engenharia do hospital, que proveu a captação do ruído e a confecção de relatório sintético. A seguir, descrevem-se os componentes do QL deste relato, que orientou o gerenciamento da mudança (Tabela 1).

A primeira iniciativa foi informar os representantes da alta gestão do hospital sobre o diagnóstico da situação-problema, que ocorreu por meio de reuniões breves, apresentando um relatório sintético em abril de 2017. Por conseguinte, houve abordagem dialética nas diferentes categorias de trabalhadores do setor, por meio de uma reunião de sensibilização com duração de 60 minutos. Foi utilizado o espaço já previamente formalizado para a Educação Continuada da equipe. Foram realizadas quatro reuniões em março de 2017 – uma em cada turno (manhã, tarde e noturno – nos quais há uma equipe em dias ímpares e outra em dias pares), totalizando 63 participantes, correspondendo à participação de 52,5% dos trabalhadores do setor. Participaram técnicos em Enfermagem (n=38), médicos (n=14), enfermeiros (n=6), fisioterapeutas (n=1), dois escrivãos, um auxiliar de limpeza e uma fonoaudióloga. Quando questionados sobre a percepção do ruído no setor, 53 pessoas (88,3%) consideraram-no alto e muito alto, enquanto sete trabalhadores consideraram-no normal. Em sequência, foi-lhes apresentado o relatório sobre a aferição do ruído, mostrando o distanciamento do valor médio frente ao adequado de acordo com a normatização brasileira atual.

Tabela 1 - Quadro lógico para gerenciamento de mudanças para controle do ruído na Unidade Terapia Intensiva Neonatal em Hospital de Ensino, Uberaba, Minas Gerais, 2017

Quadro Lógico	Título do Projeto: Avaliação e controle do ruído na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica		
	Duração do Projeto: 30 dias	Responsáveis: Grupo Gestor	Data da Elaboração: Março/2016
Lógica da Intervenção	Indicadores Comparáveis	Fontes de Comprovação	Suposições Importantes
Objetivo Superior Qualidade Assistencial e Segurança do paciente em UTI-Neonatal	<ul style="list-style-type: none"> • Redução de dias de internação; • Nº de altas qualificadas/mês; • Aumento da taxa de rotatividade/ano. 	Relatórios institucionais	Ser prioritário na política institucional
Objetivo do projeto Controle do Ruído na UTI-Neonatal	<ul style="list-style-type: none"> • Redução do ruído mensurado 62-82dB para níveis de segurança 35-45dB^a. 		Suficiência de recursos administrativos, intelectuais e financeiros
Resultados 1. Legitimadores e autoridades do HPE engajados na proposição	<ul style="list-style-type: none"> • Informe sobre o diagnóstico da situação-problema para a alta gestão do HPE; • Nº de reuniões e conteúdos discutidos na alta gestão do HPE sobre a proposição. 		Não haver objeções da autarquia do hospital
2. Trabalhadores do setor, docentes/pesquisadores, residentes e acadêmicos sensibilizados e capacitados para controle de ruídos	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de capacitações realizadas; • Temas abordados; • Nº de participantes por capacitação conforme categoria profissional; • Levantamento sobre percepções do ruído no trabalho; • Levantamento sobre medidas possíveis a serem implantadas. 	Documentos do projeto	Não haver resistências da comunidade do setor quanto à mobilização para controle do ruído
3. Medidas para controle do ruído implantadas	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição das medidas para controle do ruído implantadas. 		Limitações no orçamento institucional, sendo essenciais as medidas de baixo custo

^a Determinação nº 10.152, Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT.

Logo, após as reuniões de sensibilização, foi solicitado que apresentassem sugestões exequíveis a curto prazo para a adequação do ruído, de forma escrita, sem necessidade de identificação, em uma pauta de sugestões disponível no posto de Enfermagem.

Após a sistematização dessas informações, em 18 de abril foi realizada reunião, conduzida pelo GG, em sala apropriada das dependências do hospital, com duração de 90 minutos. Foram convidados à participação: a técnica de Enfermagem responsável e o técnico médico responsável, o representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), o representante da Unidade de Gerenciamento de Resíduos, dois representantes da Engenharia Clínica, o responsável técnico pelo Setor de Radiologia e a responsável técnica pelo Setor de Nutrição Enteral, o preceptor dos Programas de Residência de Enfermagem e Multiprofissional do Hospital e o Staff do Programa de Residência Médica do Setor. O principal intuito foi apresentar o diagnóstico e discutir proposições exequíveis a curto prazo para enfrentamento do problema. Resultou em ata de compromissos, assinada pelos participantes.

As medidas levantadas pelos trabalhadores do setor e pactuadas para implementação entre os legitimadores foram medidas relacionadas à *infraestrutura do ambiente*, relacionadas ao *manuseio direto do recém-nascido* e à *postura da equipe*. Sobre a *infraestrutura do ambiente* foram acordadas a padronização da redução do volume dos alarmes de equipamentos e incubadoras e a adequação dos mobiliários (como pés emborrachados nas cadeiras e modelos de lixeiras com tampos mais

silenciosos). Ao *manuseio direto do recém-nascido* correspondeu a implantação de dois protocolos elaborados na instituição: um sobre manuseio mínimo dos recém-nascidos e outro sobre medidas não farmacológicas contra a dor para a assistência imediata ao choro inconsolável do recém-nascido. E, ainda, foi implantada a ação denominada “Hora do Soninho”, em que toda a unidade deveria estar em completo silêncio, com equipe próxima do leito para atender prontamente os alarmes, a equipe de escrituração próxima do telefone para atendê-lo imediatamente, iluminação reduzida e manuseio mínimo respeitado, nos períodos das 12 às 13h, das 15 às 16h, das 22 às 23h e das 4 às 5h. As orientações aos familiares acompanharam as iniciativas correspondentes a essa dimensão.

Quanto à *postura da equipe*, foram consideradas a vigilância do comportamento de plantonistas e residentes das diferentes áreas pelos *staffs* e preceptores para a manutenção do silêncio, como também a proibição do uso de sapatos ruidosos, e a utilização de celulares e bipes apenas no modo silencioso. Toda a equipe foi, ainda, orientada para que a comunicação fosse realizada por meio de uma fala suave, com esforço vocal relaxado, e troca de verbalizações com intimidade acústica, confortável para os trabalhadores e familiares – facilitadora do sono fisiológico do neonato. Além disso, foi proposto que as discussões de casos clínicos fossem realizadas em sala específica.

Ganhou destaque, nessa dimensão, a ação denominada “guardião do silêncio”, em que quatro trabalhadores de diferentes categorias foram sorteados aleatoriamente, no início do

plantão, para portarem uma braçadeira de cor vermelha durante seu turno de trabalho. Os trabalhadores com a braçadeira tinham como atribuição zelar pelo silêncio da unidade, alertando os colegas sobre situações críticas e condutas inadequadas, constatada a redução do ruído. Ao final do turno, as braçadeiras eram transferidas para novos guardiões a fim de assegurar a continuidade do silêncio no setor.

Pode ser identificada na literatura uma experiência recente desenvolvida em hospital de ensino nos Estados Unidos, com similaridades à relatada. A experiência norte-americana incorporou medições de ruído prévias à intervenção, com valor médio de 57,0 dB (desvio-padrão \pm 0,84). A intervenção integrou iniciativas como o envolvimento dos funcionários e visitantes, no que diz respeito às suas opiniões e percepções dos níveis de ruído. Em sequência, foi apresentado *feedback* sobre os níveis de aferição para conscientização e engajamento às estratégias para redução de ruído. Foram incluídas discussões contínuas com o corpo clínico para a implementação de redução do alarme dos equipamentos, do “tempo do silêncio” na unidade e do programa de educação continuada aos funcionários.⁸

Experiência realizada em um hospital de ensino no México para a redução do ruído em uma UTI-Neo integrou iniciativas similares quanto à adequação da infraestrutura do ambiente e o treinamento da equipe. A média de aferição do ruído pré-intervenção foi de 61,8 dB (desvio-padrão \pm 4,4).⁹ Em um hospital canadense, um sistema de auditoria identificou médias entre 45 e 55 dB nesse setor do hospital.¹⁰

Considerando essa realidade, pode ser observado que o controle do ruído em UTIs-Neo é ação de interesse em hospitais de ensino em diferentes partes do mundo,⁸⁻¹⁰ haja vista que os valores se encontravam acima dos recomendados no momento pré-intervenção. Para os hospitais de ensino no Brasil, o presente relato vem contribuir com a apresentação de formas potenciais de planejamento participativo, para o engajamento e ampliação dos compromissos da equipe ali atuante no controle do ruído.

A cultura dos hospitais brasileiros está determinada por práticas organizacionais tradicionais, formais, que pouco valorizam a promoção das relações interpessoais, a motivação e a satisfação dos trabalhadores. A superação dessas práticas tende a influenciar de forma positiva a qualidade do cuidado e a cultura de segurança do paciente nas instituições hospitalares como um todo.^{5,6} Uma limitação desta pesquisa é a necessidade de acompanhamento longitudinal do impacto da implementação das intervenções propostas na redução de ruído no cenário de estudo.

CONCLUSÃO

O controle do ruído em UTIs-Neo apresentou-se como tema de interesse para hospitais de ensino de diferentes loca-

lidades mundiais, em especial por apresentarem medições de ruído acima das recomendadas para que esse cenário seja seguro aos neonatos. Ao hospital de ensino em estudo o cenário apresentou realidade similar, com medição do ruído entre 62 e 82 dB. Tendo em vista que a sua redução requer um conjunto de intervenções diferenciadas e, em especial, compromisso da equipe atuante na UTI-Neo, a experiência relatada apresentou o quadro lógico como instrumento adotado para a condução do planejamento participativo e gerenciamento de mudanças para o controle do ruído.

A integração ensino-pesquisa-extensão e assistência, a existência de relatórios estruturados (dossiês) sobre a situação-problema e a realização de reuniões conjuntas entre chefias e equipes nos diferentes turnos foram consideradas fatores facilitadores ao gerenciamento da mudança. Acrescenta-se, ainda, que a atuação articulada entre trabalhadores do setor e legitimadores do processo – representados pela autarquia do hospital – possibilitou o desenvolvimento de amplo conjunto de medidas que englobaram mudanças na *infraestrutura do ambiente*, no *manuseio direto do recém-nascido* e na *postura da equipe*. A lógica da intervenção apresentada visou incrementar a qualidade assistencial e a segurança do paciente na UTI-Neonatal.

Apesar das iniciativas apresentadas serem resultantes de uma construção coletiva contextualizada em um cenário específico em determinado espaço de tempo, existe potencial de replicação das propostas apresentadas – tendo em vista cenários com especificidades em comum. Novas pesquisas devem ser empreendidas para identificar demais fatores que contribuíram para a implementação e gerenciamento da mudança, como também para a motivação e satisfação dos trabalhadores, estudantes e docentes em integrarem a proposição. Também seriam importantes pesquisas sobre como a experiência contribuiu para a consolidação de um espaço diferenciado para a formação multiprofissional, assim como, principalmente, pesquisas longitudinais sobre como as iniciativas contribuíram para a redução do ruído e o bem-estar dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

1. Gomes ATL, Salvador PTCO, Rodrigues CCFM, Silva MF, Ferreira LL, Santos VEP. Patient safety in nursing paths in Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2017[citado em 2017 maio 17];70(1):139-46. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0139>.
2. Inoue KC, Matsuda LM. Patient safety: approaching an old issue. *Ciênc Saúde*. 2013[citado em 2017 maio 18];12(2):208-09. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v12i2.23880>.
3. Almadhoob A, Ohlsson A. Sound reduction management in the neonatal intensive care unit for preterm or very low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015[citado em 2017 maio 18];1:CD010333. Disponível em: DOI: 10.1002/14651858.CD010333.pub2.
4. Duarte ST, Matos M, Tozo TC, Toso LC, Tomiasi AA, Duarte PAD. Praticando o silêncio: intervenção educativa para a redução do ruído em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2012[citado em 2017 maio 22];65(2):285-90. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200013>.

5. Brehmer LCF, Ramos FRS. Teaching-service integration: implications and roles in experiences of Undergraduate Courses in Nursing. *Rev Esc Enferm USP*. 2014[citado em 2017 maio 22];48(1):118-24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100015>.
 6. Rocha FL, Marziale MHP, Carvalho MC, Cardeal SF, Campos MCT. The organizational culture of a Brazilian public hospital. *Rev Esc Enferm USP*. 2014[citado em 2017 maio 22];48(2):308-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000016>.
 7. Pfeiffer P. O quadro lógico: um método para planejar e gerenciar mudanças. *Rev Serv Público*. 2000[citado em 2017 maio 22];51(1):81-120. Disponível em: <https://doi.org/10.21874/rsp.v51i1.320>.
 8. Chawla S, Barach P, Dwaihy M, Kamat D, Shankaran S, Panaitescu B, *et al*. A targeted noise reduction observational study for reducing noise in a neonatal intensive unit. *J Perinatol*. 2017[citado em 2017 jun. 29];16(2). Disponível em: doi:10.1038/jp.2017.93.
 9. Nieto-Sanjuanero A, Quero-Jiménez J, Cantú-Moreno D, Rodríguez-Balderrama I, Montes-Tapia F, Rubio-Pérez N, *et al*. Evaluation of strategies aimed at reducing the level of noise in different areas of neonatal care in a tertiary hospital. *Gac Med Mex*. 2015[citado em 2017 jun. 02];151:687-94. Disponível em: http://www.anmm.org.mx/GMM/2015/n6_english/2331AX156_151_2015_UK6_687-694.pdf.
 10. Wang D, Aubertin C, Barrowman N, Moreau K, Dunn S, Harrold J. Reduction of noise in the neonatal intensive care unit using sound-activated noise meters. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 2014[citado em 2017 jun. 05];99(6):515-6. Disponível em: doi:10.1136/archdischild-2014-306490.
-