

PATRICIA KLOCK

**GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM:
INCORPORANDO MELHORES PRÁTICAS EM UMA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Tese de Doutorado apresentada à Banca Examinadora como requisito para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Linha de Pesquisa: Administração em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

FLORIANOPOLIS - SC
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Klock, Patrícia

Gerência do cuidado de enfermagem : incorporando
melhores práticas em uma unidade de terapia intensiva
neonatal / Patrícia Klock ; orientadora, Alacoque
Lorenzini Erdmann - Florianópolis, SC, 2014.

210 p.

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

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Administração e Organização Hospitalar.
3. Gerência. 4. Gestão em Saúde. 5. Unidades de Terapia
Intensiva Neonatal. I. Erdmann, Alacoque Lorenzini. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem. III. Título.

PATRICIA KLOCK

**GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM:
INCORPORANDO MELHORES PRÁTICAS EM UMA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca
Examinadora para obtenção de título de:

DOCTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 21 de fevereiro de 2014, atendendo as normas da
legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de
concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca examinadora:



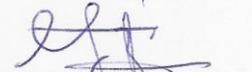
Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Presidente



Dra. Ana Lucia S. de Mello
Membro



Dra. Betina Hörner S. Meirelles
Membro



Dra. Giuliana Micheloto
Membro



Dra. Marluce A. Conceição Stipp
Membro



Dra. Roberta Costa
Membro

Dedico este trabalho, a todas as **famílias** que descobriram e enfrentaram com fé e coragem, a situação da prematuridade em suas vidas. Os momentos de troca permitiram que vocês deixassem seus modos singulares de amor impressos no cuidado de toda equipe que atua na UTI Neonatal, propiciando que os avanços tecnológicos caminhassem lado a lado com a sensibilidade. Dedico, também, a **equipe interdisciplinar da UTI Neonatal**, pela busca incansável e crítica para oferecer aos bebês pré-termos e suas famílias um cuidado comprometido com a implementação de melhores práticas no cotidiano de nossa assistência.

A todos minha gratidão e respeito.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que esteve à frente desta caminhada, me mostrando na simplicidade das pequenas coisas que eu não estava sozinha em nenhum momento.

Aos meus pais Moacir e Edith, que não mediram esforços para que eu pudesse ultrapassar meus limites com coragem e determinação.

Ao meu irmão Ricardo e minha cunhada Thais, por trazerem momentos de apoio e encorajamento quando o cansaço se fazia presente.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN-UFSC), pelo comprometimento com a formação de excelência.

Aos Membros da Banca Examinadora, obrigado por aceitarem o convite a leitura crítica, contribuindo no aperfeiçoamento deste trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), pelo financiamento dos meus estudos neste Doutorado na Alemanha através do Programa “Ciências sem Fronteiras”.

Ao Prof. Dr. Andreas Büscher, pelo acolhimento carinhoso e por proporcionar momentos de grande aprendizado acadêmico durante o doutorado sanduiche (SWE) em Osnabrück.

A Profa. Dra. Marluci, por aceitar o desafio de me orientar no doutorado sanduiche (SWP) no Rio de Janeiro, me inserindo em sua família e me instigando a novas caminhadas, sem desistir dos meus sonhos.

Aos integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde (GEPADES), pelos momentos de partilha, apoio mútuo e construção de parcerias consolidadas por longos anos, em especial a Aline, Giuliana, José, Livia e Luciana por dividir momentos de conquistas e incertezas.

Aos amigos que encontrei na Alemanha: Fernanda Castro, Helena Alves, Tiago, Sr. Oliva, Cris e Markus, que tornaram esta experiência engrandecedora e inesquecível.

Ao amigo Frei Rivalde, pela companhia, cumplicidade, conselhos e orientação espiritual que se iniciaram na Alemanha e se fortalecem até os dias atuais.

A professora de alemão, Dirlei, pela sua dedicação, amizade, seriedade e partilha, tornando nossas aulas momentos de verdadeira

terapia, regadas a deliciosos cafés. Teu apoio e encorajamento foram fundamentais neste processo.

As amigas incondicionais “luluzinhas” e “odiosas”, que se esforçaram para me acolher mesmo nos momentos de ausência, se fazendo presentes por orações, torcidas, bilhetes, despedidas e reencontros, obrigado por me aceitarem como sou e manterem inabaláveis estes laços de amizade verdadeira ao longo de tantos anos.

Ao Fernando Wolf, sua chegada em meio a este processo tornou tudo mais leve. Você me encheu de coragem e incentivo, me fazendo acreditar que era possível. Acolheu minhas dúvidas, desabafos, se fez presente de uma maneira singular e inesquecível.

A Marcos Tosoli, um presente de Deus ganho nesta trajetória acadêmica, obrigado amigo pelos abraços, risadas, lágrimas, orações, pelo silêncio que gerou tantas reflexões, por me instigar a ir sempre além, meu Miguel Arcaño na Terra.

A Rafael Soder, por se aproximar de forma tão intensa e se fazer um amigo presente mesmo na distância física, nossas intermináveis conversas me deram muita motivação e coragem.

Aos colegas do HU-UFSC, em especial a equipe de Enfermagem da UTI Neonatal, pelo suporte, incentivo e motivação no percurso deste trabalho, compreendendo minhas ausências e se colocando ao meu lado para seguir adiante. A minha chefia **Ligia S. Dutra** por acolher meus desabafos e me apoiar incondicionalmente. A Diretora de Enfermagem **Eliane Matos** por me ensinar a enfrentar os desafios como modo de crescimento profissional e pessoal.

Agradeço ainda, a todos que de alguma forma contribuíram no percurso desta longa caminhada.

E, em especial, minha sincera gratidão **a minha orientadora Alacoque Lorenzini Erdmann,** por me provocar a ir além do esperado, me desafiando a ressignificar meu modo de enxergar as práticas de cuidado, partilhando comigo momentos de profundas reflexões. Nossos caminhos se cruzaram desde minha graduação e hoje tenho a certeza que não foi por acaso que trilhamos estas conquistas lado a lado. Tenho o privilégio de acompanhá-la de perto conhecendo-a tão bem, saibas que tens meu respeito pela sua maneira incansável de lutar pela valorização da Enfermagem nacional e internacionalmente, sempre visionária e audaciosa. Palavras não conseguiriam alcançar o tamanho de minha gratidão por tudo que imprimistes no ser humano e profissional que tenho me tornado. *Viele danke, liebe Lehrerin!*

Porque a semente é precisamente isso: a vida se recusando a ser a mesma; a vida sabendo que, para continuar viva, precisa “deixar de ser” o que era para “vir a ser” uma outra coisa.

(Rubem Alves)

KLOCK, Patricia. **Gerência do cuidado de enfermagem:** incorporando melhores práticas em uma unidade de terapia intensiva neonatal. 2014. 210p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Orientadora: Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Linha de Pesquisa: Administração em Enfermagem e Saúde.
Data da Defesa: 21 de fevereiro de 2014.

RESUMO

Este estudo trata da elaboração de um modelo que contempla o fenômeno das organizações das práticas de cuidado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal a partir da compreensão dos significados atribuídos pelos profissionais da equipe de Enfermagem e demais atores envolvidos sobre as relações e as interações do cuidado no lidar com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato. O referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded theory*) foi utilizado na análise e na construção do Modelo Teórico: “Gerência do cuidado de enfermagem: incorporando melhores práticas em uma unidade de terapia intensiva neonatal”. O cenário investigado foi o Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. A coleta de dados ocorreu de maio a agosto de 2012. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. Participaram da pesquisa 22 sujeitos (profissionais da equipe multidisciplinar de saúde e pais que tiveram filhos internados na unidade neonatal) por meio de entrevista aberta para coleta dos dados. A análise comparativa dos dados subsidiou o processo de codificação, amostragem, saturação teórica, ordenação e integração dos dados. Os dados foram inseridos no software NVIVO[®], dando sequência na organização e agrupamento dos mesmos. A organização dos códigos foi feita de acordo com suas propriedades e, então, agrupados em códigos preliminares, subcategorias e categorias. O fenômeno “Gerência do cuidado de enfermagem: incorporando melhores práticas em uma unidade de terapia intensiva neonatal” emergente é sustentado por seis categorias e dezesseis subcategorias. As categorias encontradas foram: Compreendendo as especificidades no cuidar em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Identificando atitudes/comportamentos na gerência do cuidado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Partilhando o cuidado com a família ao inseri-la na Unidade de Terapia Intensiva

Neonatal; Buscando qualificação profissional para lidar com a complexidade do cuidado em UTIN; Promovendo o trabalho em equipe: limites e possibilidades; Importando-se com as repercussões do cuidado ao pré-termo em ambiente crítico e tecnológico. Com base nos resultados qualitativos, sustenta-se a tese: A organização do sistema de cuidados de Enfermagem numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é complexa, dinâmica, interativa e interdependente dos demais sistemas de saúde, mobilizada por um processo gerencial de cuidados/boas práticas gerenciais de cuidado que possibilita ao pré-termo e sua família um cuidado voltado à fragilidade e incertezas do viver/sobreviver em condições singulares de vida. O enfermeiro se destaca com o papel fundamental de articulação frente às relações/interações no cotidiano assistencial e organizacional. Envolve e é envolvido pelos familiares e demais profissionais da equipe de saúde, bem como pelos serviços de apoio, a buscar soluções e alternativas frente a desafios e limitações que emergem no cotidiano da terapia intensiva, utilizando-se de autonomia e criatividade. O estudo aponta, ainda, a necessidade de estreitar os laços da equipe multiprofissional, pontuados como fragmentados, na perspectiva de otimizar e aprimorar a aplicação de melhores práticas, englobando a pluralidade de saberes, exercitando a comunicação, indo ao encontro do objetivo comum que é a excelência do cuidado ao neonato e sua família.

DESCRITORES: Enfermagem. Administração e Organização Hospitalar. Gerência. Gestão em Saúde. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

KLOCK, Patricia. **Nursing care management:** incorporating better practices in a neonatal intensive care unit. 210p. PhD in Nursing Doctorate Dissertation. Graduate Nursing Program, Federal University of Santa Catarina, Brazil, 2014.

ABSTRACT

The following study approaches the development of a model that considers the phenomenon of the organization of care practices in a Neonatal Intensive Care Unit from the understanding of meanings assigned by professionals of a nursing staff and other actors on the relationships and interactions of care in dealing with the fragility of living/surviving of the neonate. The methodological referent of the Grounded Theory has been applied in the analysis and construction of the Theoretical Model: "Management of nursing care: incorporating better practices in a neonatal intensive care unit." The scenario investigated was *Professor Polydoro Ernani de São Thiago University Hospital*, in the city of Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. Data collection took place from May to August 2012. The research project has been approved by the Ethics in Research Committee of the institution. 22 subjects took part in the study (professionals of the multidisciplinary healthcare team and parents who had children hospitalized in the neonatal unit) through open interviews for data collection. The comparative data analysis assisted the encoding, sampling, theoretical saturation, sorting, and data integration processes. The data were entered into NVIVO[®] software, continuing the organization and grouping. The organization of the codes has been made according to their properties and then grouped into preliminary codes, subcategories, and categories. The phenomenon "Management of nursing care: incorporating better practices in a neonatal intensive care unit" emerging is supported by six categories and sixteen subcategories. The categories were: Understanding the specifics of caring for Neonatal Intensive Care Unit; Identifying attitudes/behaviors in the management of care in the Neonatal Intensive Care Unit; Sharing the care with the family to enter them in the Neonatal Intensive Care Unit; Searching professional qualification to deal with the complexity of care in the NICU; Promoting teamwork: limits and possibilities; Caring for the repercussions of care to preterm in a critical and technological environment. Based on the qualitative results, the thesis is sustained: The organization of nursing care system in a Neonatal Intensive Care Unit is complex, dynamic, interactive, and interdependent of other

health systems, mobilized by a managerial process of care/good managerial practices of care that provides to the preterm and the family a care facing the fragility and uncertainty of living/surviving in singular conditions of life. The nurse stands with the fundamental role of linking relations/interactions in the assistance and organizational quotidian. Involves and is involved by family members and other professionals of the healthcare team, as well as the support services, to seek solutions and alternatives to the challenges and limitations that emerge in daily intensive care, using autonomy and creativity. The study also points to the need to strengthen the ties of the multidisciplinary team, had as fragmented, with a view to optimize and enhance the implementation of better practices, encompassing the plurality of knowledge, practicing communication, meeting the common goal that is excellence of care to newborns and their families.

KEYWORDS: Nursing. Hospital Organization and Administration. Management. Management in Health. Neonatal Intensive Care Units.

KLOCK, Patricia. **Gestión de cuidados de enfermería: la incorporación de mejores prácticas en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.** 210p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

RESUMEN

El presente estudio trata sobre la elaboración de un modelo que considera el fenómeno de las organizaciones de las prácticas de atención en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), según la comprensión de los significados asignados por los profesionales del equipo de Enfermería y los demás actores involucrados, acerca de las relaciones e interacciones de la atención en el trato de la fragilidad del vivir/sobrevivir del neonato. Se utilizó el marco metodológico de la *Grounded Theory* (Teoría Fundamentada) en el análisis y la construcción del modelo teórico: "Gestión de cuidados de enfermería: Incorporando mejores prácticas en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales". La investigación se llevó a cabo en el Hospital Universitario Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, en Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. La recolección de datos tuvo lugar entre mayo y agosto de 2012. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución. Veintidós sujetos participaron del estudio (los profesionales del equipo de salud multidisciplinario y padres que tenían niños hospitalizados en la unidad neonatal) por medio de entrevistas abiertas para la recolección de datos. El análisis comparativo de datos ayudó al proceso de codificación, el muestreo, la saturación teórica, clasificación e integración de datos. Los datos se introdujeron en el *software* NVivo®, permitiendo organizarlos y agruparlos. La organización de los códigos se hizo de acuerdo a sus propiedades y luego agrupados en los códigos preliminares, subcategorías y categorías. El fenómeno emergente: "Gestión de cuidados de enfermería: la incorporación de las mejores prácticas en una unidad de cuidados intensivos neonatales" es apoyado por seis categorías y dieciséis subcategorías. Las categorías son: Comprender las características específicas del cuidar en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; Identificar actitudes/comportamientos en la gestión de la atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; Compartir el cuidado con la familia al insertarla en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; Búsqueda de cualificación profesional para hacer frente a la complejidad de los cuidados en la UCIN;

Promover el trabajo en equipo: límites y posibilidades; Importarse con las repercusiones de la atención al parto prematuro en entorno crítico y tecnológico. Con base en los resultados cualitativos, se sostiene la siguiente tesis: La organización del sistema de atención de Enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es compleja, dinámica, interactiva e interdependiente de otros sistemas de salud, movilizadora por un proceso de gestión de cuidados/mejores prácticas de gestión de la atención que le permite al prematuro y su familia un cuidado dirigido a la fragilidad y la incertidumbre de vivir/sobrevivir en condiciones singulares de vida. El enfermero tiene el rol fundamental de articular las relaciones/interacciones en la vida cotidiana asistencial y organizacional. Se involucra y es involucrado por los familiares y otros profesionales del equipo de salud, así como por los servicios de apoyo, para la búsqueda de soluciones y alternativas a los retos y las limitaciones que surgen en el cuidado intensivo diario, utilizando para ello la autonomía y la creatividad. El estudio también señala la necesidad de fortalecer los vínculos del equipo multidisciplinario, que han sido anotados como fragmentados, con el fin de optimizar y mejorar la aplicación de las mejores prácticas, que abarca la pluralidad de conocimientos, la práctica de la comunicación, hacia el cumplimiento del objetivo común que es la excelencia de la atención a los recién nacidos y sus familias.

DESCRIPTORES: Enfermería. Organización y Administración de Hospitales. Gestión. Gestión en Salud. Unidad de Cuidados Intensivo Neonatales.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
AC	Alojamento Conjunto
CCIP	Cateter Central de Inserção Periférica
CEPEN	Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem
CIAM	Central de Incentivo ao Aleitamento Materno
CNES	Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CO	Centro Obstétrico
GEPADES	Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde
GESPEN	Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem
HU-UFSC	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina
IDM	Interactive Domain Model
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
MC	Método Canguru
NP	Nutrição Parenteral
NIPS	Neonatal Infant Pain Scale
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEN-UFSC	Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina
PIAM	Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno
POP	Procedimento Operacional Padrão
RN	Recém-nascidos
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
SWE	Doutorado Sanduíche no Exterior
SWP	Doutorado Sanduíche no País
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Ranking da mortalidade neonatal (por 1000 nascidos vivos).....	28
Gráfico 2: Taxas de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos), Brasil e Grandes Regiões, 2000-2006.....	28
Gráfico 3: Taxas de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos), Região Sul, 2000-2006.....	29
Gráfico 4: Distribuição dos estudos segundo ano de publicação. Florianópolis, Brasil – 2013.....	37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: O modelo de domínio interativo de boas práticas em promoção da saúde e saúde pública.	58
Figura 2: Componentes determinantes da TFD.	62
Figura 3: Diagrama elaborado a partir da categoria 6.	73
Figura 4: Diagrama representativo da categoria 1.	84
Figura 5: Diagrama representativo da categoria 2.	89
Figura 6: Diagrama representativo da categoria 3.	94
Figura 7: Diagrama representativo da categoria 4.	99
Figura 8: Diagrama representativo da categoria 5.	103
Figura 9: Diagrama representativo da categoria 6.	106
Figura 11: Diagrama representativo da articulação entre as categorias e as subcategorias apresentadas e o fenômeno. Florianópolis, SC, Brasil, 2013.	124
Figura 12: Diagrama representativo da articulação entre as categorias apresentadas e o fenômeno. Florianópolis, SC, Brasil, 2013.	141

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização dos participantes do estudo.....	66
Quadro 2: Codificação aberta da Entrevista 7.....	69
Quadro 3: Elaboração dos conceitos da Entrevista 3.....	70
Quadro 4: Elaboração de categoria a partir de subcategorias.....	70
Quadro 5: Memorando relativo ao grupo amostral 1.....	72
Quadro 6: Artigos científicos elaborados a partir dos resultados da Tese.....	75
Quadro 7: Apresentação das categorias, das subcategorias e do fenômeno.....	76
Quadro 8: Categoria 1: Compreendendo as especificidades no cuidar em UTIN e suas subcategorias.....	78
Quadro 9: Categoria 2: Identificando atitudes/comportamentos na gerência do cuidado em UTIN e suas subcategorias.....	85
Quadro 10: Categoria 3: Partilhando o cuidado com a família ao inseri-la na UTIN e suas subcategorias.....	90
Quadro 11: Categoria 4: Buscando qualificação profissional para lidar com a complexidade do cuidado em UTIN e suas subcategorias.....	95
Quadro 12: Categoria 5: Promovendo o trabalho em equipe: limites e possibilidades e suas subcategorias.....	100
Quadro 13: Categoria 6: Importando-se com as repercussões do cuidado ao bebê pré-termo em ambiente crítico e tecnológico e suas subcategorias.....	103
Quadro 14: Categorias e subcategorias do estudo.....	114
Quadro 15: Quadro representativo da articulação entre as categorias e as subcategorias.....	137

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Foto 1: Hochschule Osnabrück.	190
Foto 2: Hochschule Osnabrück.	190
Foto 3: Prof. Dr. Andreas Büscher.	193
Foto 4: Prof ^o Dr. Andreas Büscher e doutoranda Patricia Klock	200
Foto 5: Coloquio do grupo de pesquisa “FamiLie”	202
Foto 6: Hospital Infantil Cristão de Osnabrück.....	203
Foto 7: Leito da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	203
Foto 8: Bomba de seringa da Unidade de terapia intensiva	204
Foto 9: Leito da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	204

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	27
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	33
2.1 ARTIGO 1 - O CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO EM UTI NEONATAL: PRODUÇÃO DA ENFERMAGEM BRASILEIRA.....	34
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	50
3.1 O PENSAMENTO COMPLEXO A PARTIR DE MORIN E A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE ...	50
3.2 INCORPORANDO MELHORES PRÁTICAS DE GERÊNCIA DO CUIDADO EM NEONATOLOGIA	56
4 CAMINHO METODOLÓGICO	60
4.1 TIPO DE ESTUDO	60
4.2 O LOCAL DO ESTUDO.....	63
4.3 SUJEITOS.....	64
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	66
4.5 A COLETA DE DADOS.....	67
4.6 A ANÁLISE DOS DADOS.....	68
4.6.1 Codificação aberta.....	68
4.6.2 Codificação axial	69
4.6.3 Codificação seletiva	71
4.7 MEMORANDOS E DIAGRAMAS.....	72
4.8 VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO.....	74
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	75
5.1 CATEGORIA1: COMPREENDENDO AS ESPECIFICIDADES NO CUIDAR EM UTIN	78
5.1.1 <i>Involviendo atitudes de carinho e sensibilidade no cuidado.....</i>	<i>78</i>
5.1.2 <i>Considerando a linguagem do bebê pré-termo como peculiar e complexa</i>	<i>80</i>
5.1.3 <i>Identificando particularidades do cuidado em um ambiente fechado.....</i>	<i>81</i>
5.2 CATEGORIA 2: IDENTIFICANDO ATITUDES /COMPORTAMENTOS NA GERÊNCIA DO CUIDADO EM UTIN .	85
5.2.1 <i>Considerando atitudes/aspectos pessoais na atuação profissional</i>	<i>85</i>

5.2.2 Atuando como gerente do cuidado.....	86
5.2.3 Valorizando a sistematização da assistência de enfermagem.....	88
5.3 CATEGORIA 3: PARTILHANDO O CUIDADO COM A FAMÍLIA AO INSERI-LA NA UTIN.....	90
5.3.1 Envolvendo a família nos cuidados.....	90
5.3.2 Avaliando necessidades e prioridades de cada família	91
5.3.3 Estabelecendo vínculos em consequência dos longos períodos de internação	93
5.4 BUSCANDO QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL PARA LIDAR COM A COMPLEXIDADE DO CUIDADO EM UTIN.....	95
5.4.1 Buscando atualização acerca dos avanços científicos e tecnológicos	95
5.4.2 Realizando pesquisas científicas a partir do cotidiano assistencial	96
5.5 CATEGORIA 5: PROMOVEDO O TRABALHO EM EQUIPE: LIMITES E POSSIBILIDADES	100
5.5.1 Compartilhando os processos decisórios.....	100
5.5.2 Identificando divergências na adoção de condutas assistenciais	101
5.6 CATEGORIA 6: IMPORTANDO-SE COM AS REPERCUSSÕES DO CUIDADO AO BEBÊ PRÉ-TERMO EM AMBIENTE CRÍTICO E TECNOLÓGICO	103
5.6.1 Considerando a importância da prevenção de sequelas e danos	104
5.6.2 Conciliando tecnologia e intercorrências com cuidado sensível, frágil e delicado	105
5.7 ARTIGO 2 - GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM: INCORPORANDO MELHORES PRÁTICAS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	109
5.8 ARTIGO 3 - O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UMA UTIN: ESPECIFICIDADES E IMPLICAÇÕES AO BEBÊ PRÉ-TERMO ...	132
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
REFERÊNCIAS.....	151
APÊNDICE A - DECLARAÇÃO DOS PESQUISADORES	165
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	166
APÊNDICE C - RELATÓRIO DE TRABALHO DO DOUTORADO SANDUÍCHE NA ESCOLA DE ENFERMAGEM	

ANNA NERY DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO	170
APÊNDICE D- RELATÓRIO DE TRABALHO DO DOUTORADO SANDUÍCHE NA HOCHSCHULE OSNABRÜCK, ALEMANHA	183
APÊNDICE E - PARECER DO ORIENTADOR INTERNACIONAL	208
APÊNDICE F - PARECER DA ORIENTADORA BRASILEIRA	210
ANEXO A – PARECER DA INSTITUIÇÃO.....	206
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	207

1 INTRODUÇÃO

“O elevado número de neonatos de baixo peso ao nascimento (peso inferior a 2.500g, sem considerar a idade gestacional) constitui um importante problema de saúde e representa um alto percentual na morbimortalidade neonatal. Além disso, tem graves consequências médicas e sociais” (BRASIL, 2011).

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um local marcado pela tecnologia de ponta, onde profissionais atarefados dividem espaço com os bebês e com toda variedade de equipamentos necessários para o suporte de suas vidas (BRASIL, 2011). É um campo em constante desenvolvimento na área da saúde, desempenhando atividades assistenciais, de ensino e de pesquisa, contribuindo para avanços tecnológicos, tendo como foco o cuidado ao recém-nascido e sua família.

Os avanços científicos e tecnológicos associados a melhor compreensão da fisiologia do recém-nascido vêm colaborando para um significativo aumento da taxa de sobrevivência de recém-nascidos pré-termos (idade gestacional menor que 37 semanas¹) em nosso país, resultando em uma mudança no perfil de mortalidade infantil. Mundialmente, o aumento da sobrevida de prematuros extremos é geralmente atribuída à melhoria das estratégias de atendimento (JOBÉ, 2010).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), a mortalidade neonatal tem diminuído em todo o mundo. O número de mortes entre bebês de 0-28 dias de vida diminuiu de 4,6 milhões em 1990 para 2,8 milhões em 2012. Embora alguns avanços estejam acontecendo, a distribuição ainda acontece de forma desigual em todo o mundo. As reduções ocorreram principalmente no Leste da África e Pacífico (56%), na América Latina e Caribe (55,7%), conforme ilustra o gráfico 1.

¹ World Health Organization, 2003.

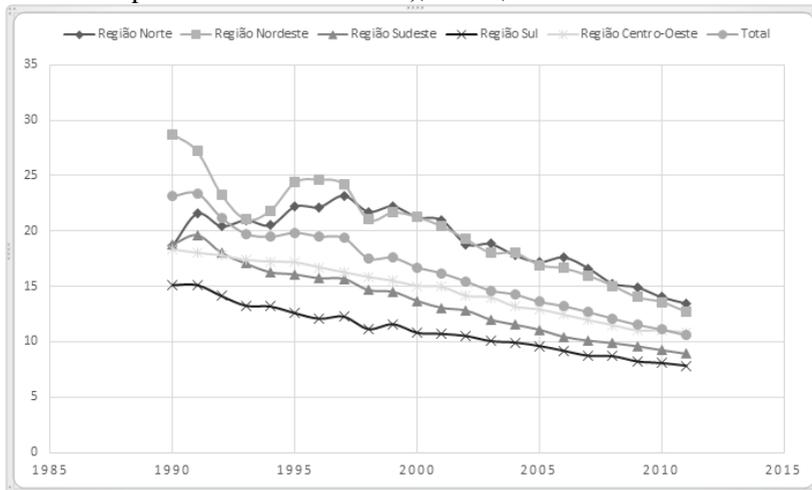
Gráfico 1: Ranking da mortalidade neonatal (por 1000 nascidos vivos)

Regiões da UNICEF	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	Decline 1990-2012 (%)
Sub-Saharan Africa	45,1	44,0	41,8	37,7	33,7	33,0	32,3	28,4
Eastern and Southern Africa	42,7	41,1	38,4	33,4	28,9	28,2	27,5	35,6
West and Central Africa	48,0	47,3	45,5	42,2	38,4	37,6	36,9	23,1
Middle East and North Africa	28,9	25,8	22,2	19,1	15,8	15,4	15,1	47,8
South Asia	51,4	47,2	42,6	37,7	33,4	32,5	31,6	38,5
East Asia and Pacific	24,8	22,4	19,3	14,9	11,9	11,4	10,9	56,0
Latin America and the Caribbean	22,1	18,8	15,3	12,5	10,4	10,1	9,8	55,7
CEE/CIS	19,4	19,4	15,8	12,3	9,7	9,3	9,0	53,6
Rest of the world	5,5	4,5	3,8	3,5	3,1	3,1	3,0	45,5
World	33,0	31,8	29,0	25,2	21,9	21,3	20,8	37,0

Fonte: UNI-IGME (2013).

Tratando-se especificamente do Brasil, a redução da mortalidade neonatal foi de 9,2% (UNI-IGME, 2013). Na média do Brasil, o risco de morte durante o primeiro ano de vida da criança se reduz de 23,3 por mil, em 1990 para 10,58 por mil, em 2011, conforme o gráfico 2.

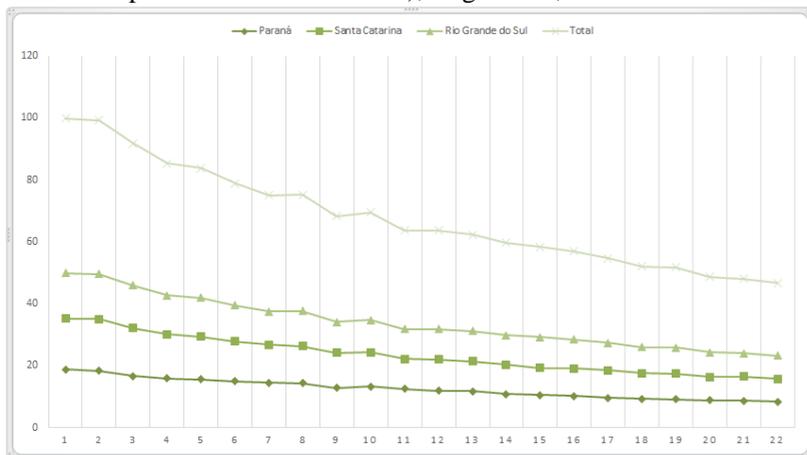
Gráfico 2: Taxa de mortalidade neonatal (Número de óbitos na idade de 0 a 27 dias por 1.000 nascidos vivos), Brasil, 1990-2011.



Fontes MS/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM), (2013).

Na região Sul do país, dados do Ministério da Saúde trazem que Santa Catarina possui a menor taxa de mortalidade infantil da Região Sul Brasil, representando pelo gráfico 3:

Gráfico 3: Taxa de mortalidade neonatal (Número de óbitos na idade de 0 a 27 dias por 1.000 nascidos vivos), Região Sul, 1990-2011.



Fonte: MS/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM), 2013.

Esta nova realidade, portanto, remete a necessidade constante de aprimoramento e atualização no gerenciamento das práticas de cuidado, envolto em uma perspectiva humanística, em especial para os profissionais que constituem a equipe de saúde. A falta dessa atualização pode desencadear agentes complicadores, enfatizado por Costa (2005), como o maior tempo de internação, a separação precoce e prolongada da mãe-filho-família, menor incidência e prevalência do aleitamento materno, maior exposição do neonato a complicações que cursam com graves sequelas e maior demanda da atenção especial e de alto custo.

Assim, os avanços científicos estão promovendo mudanças no gerenciamento das práticas de cuidado em neonatologia, levando em conta aspectos como melhor compreender as características do desenvolvimento no recém-nascido pré-termo e a importância de inserir a família no cuidado ao seu filho, pautado nas relações e interações que acontecem neste cenário/contexto de cuidado. Cada vez mais a equipe de saúde busca desenvolver suas habilidades técnicas atreladas à produção e incorporação de novos conhecimentos científicos,

adequando-se à singularidade que envolve a condição de nascer e sobreviver prematuramente, propiciando a construção/desenvolvimento de melhores práticas no ambiente do hospital.

As organizações necessitam investir em seus recursos mais essenciais: em recursos humanos, em pessoas qualificadas e com conhecimento. Necessitam, também, criar um ambiente no qual essas pessoas compartilhem o conhecimento, internalizem-no e apliquem-no para criação de novos conhecimentos materializados em produtos, processos e serviços (TERRA, 2005).

Além da equipe de saúde, todo o processo de gerenciamento do cuidado prestado necessita de avanços, com vistas a oportunizar práticas de cuidados eficientes, visando minimizar eventos adversos e sequelas. Para tal, a gerência das práticas de cuidado torna-se imprescindível para contribuir no contexto de terapia intensiva neonatal, onde tecnologias de ponta dividem espaço com a fragilidade da vida/sobrevida de um bebê pré-termo.

Compreender este ser humano, um ser do cuidado, cognoscente, construtor do futuro, que aprende a estabelecer estruturas sociais, políticas e econômicas mais orgânicas e flexíveis implica avançar na concepção de novas práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo: auto-organizador, dialógico, plural, interconectivo e potencializador das ações de cuidado (ERDMANN et al., 2006).

Desta forma, compreender o gerenciamento das práticas em UTIN, considerando a fragilidade do viver/sobreviver do neonato, consubstanciou a temática abordada neste estudo, visando contribuir para a adoção de práticas adequadas envolvendo este ser, sua família e os profissionais da equipe de saúde.

Klock (2009) evidenciou que o cuidado em UTIN na perspectiva dos profissionais é altamente complexo, sensível, singular e compartilhado e envolve aspectos como buscar conhecimentos e competências em concomitância com as vivências específicas ao gerenciar o cuidado em UTIN. Ficou evidente também as mudanças na assistência neonatal com o passar dos anos, onde a busca pela sobrevivência do bebê pré-termo, através dos avanços tecnológicos vem assumindo novas formas de cuidar, por meio do reconhecimento da sensibilidade perante o frágil.

A pesquisa de Klock (2009) mostrou, em outras palavras, que as enfermeiras caminham na busca de novos patamares, comprometidas com o viver/sobreviver do bebê e suas famílias, de forma digna e ética, minimizando limitações e sofrimentos. Por parte dos familiares de bebês internados, a pesquisa revelou um sentimento de gratidão e confiança

estabelecidos durante o período de internação, além da existência de uma motivação singular subjacente aos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem.

Também foram desvelados alguns aspectos relacionados à gerência do cuidado promovido em UTIN, sendo fatores apontados pelas enfermeiras como indispensáveis para nortear o cotidiano da prática profissional, visando melhorias na assistência em neonatologia. Apontaram a necessidade de exercitar competências que vão além da habilidade técnica e administrativa, atuando como interlocutor e articulador, identificando conflitos e modos de enfrentá-los, promovendo relações de confiança entre os membros da equipe-ambiente de trabalho e equipe-família, potencializando o diálogo, autonomia e conhecimentos (KLOCK, 2009).

Nesse sentido, as reflexões dos sujeitos mostraram o quanto as diferentes práticas de cuidado, tanto individuais quanto coletivas, oferecem dificuldades e limitações, no que se refere à padronização de processos e procedimentos (KLOCK, 2009).

Mesmo diante da importância do gerenciamento em neonatologia, com vistas a melhores práticas de cuidado, frente às mudanças evidenciadas, a produção científica sobre esta temática ainda é pouco explorada. Uma busca no banco de dados *Gopubmed*[®], um serviço gratuito disponível na web que consulta a base *PubMed-Medline*, com as palavras *Nursing, Neonatology and Administration* resultou em 222 estudos¹, publicados principalmente nos Estados Unidos (82), Alemanha (17) e Austrália (09). Não apontou nenhum estudo brasileiro.

Desta forma, novas inquietações surgiram, como um convite para a realização do doutorado: Como os profissionais de enfermagem e saúde exercem suas práticas de cuidado dentro da UTIN? Como estas práticas são organizadas nas suas diferentes dimensões (assistenciais, gerenciais e educativas)? Como experienciam a busca do fazer melhor diante das especificidades das situações de vida e saúde dos recém-nascidos e suas famílias internados na UTIN?

Assim, as formulações iniciais do problema de pesquisa centrado no objeto: **gerenciamento das práticas de cuidado na UTIN**, foram:

Como são vivenciadas as relações e interações dos profissionais da enfermagem e

Demais profissionais da saúde na gerência do cuidado de enfermagem no lidar com a fragilidade do viver/sobreviver do

¹ Data da última atualização: 15 de janeiro de 2014. Endereço eletrônico: <http://www.gopubmed.org>.

neonato em unidades de terapia intensiva neonatal? Quais os significados dessas vivências, tida por eles como melhores práticas a esses bebês pré-termos e suas famílias?

Este estudo, portanto, teve como **objetivo compreender a gerência das práticas de cuidado de enfermagem em UTIN, a partir dos significados atribuídos pelos profissionais da Equipe de Enfermagem e demais atores envolvidos (família e demais profissionais de saúde) sobre as relações e interações do cuidado no lidar com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato. E, desta compreensão, construir uma matriz teórica do sistema/organização de cuidado de Enfermagem em UTIN que incorpore os processos de construção/desenvolvimento de melhores práticas nesse cenário/contexto de cuidado.**

Acredita-se que as respostas a essas possibilidades interrogativas conduzem a melhores caminhos e perspectivas sobre a gerência do cuidado do neonato e sua família em Unidade de Terapia Intensiva, de forma abrangente e aprofundada, envolvendo os diversos setores/serviços que a viabilizam, percebendo-se como interdependentes numa relação de troca, integrados, articulados e co-responsáveis na construção e prestação de assistência mais sensível, singular e saudável. Assim, apresenta-se a seguinte tese: **A organização do sistema de cuidados de Enfermagem numa UTIN é complexa, dinâmica, interativa e interdependente dos demais sistemas de saúde, mobilizada por um processo gerencial de cuidados/boas práticas gerenciais de cuidado que possibilita ao recém-nascido pré-termo e sua família um cuidado voltado à fragilidade e incertezas do viver/sobreviver em condições singulares de vida.**

2 REVISÃO DE LITERATURA

Conhecer a trajetória do gerenciamento das práticas de cuidado ao recém-nascido e suas famílias, na UTIN, contemplando/considerando a maneira como está organizada, oportuniza conhecer como tem se dado, ao longo dos últimos anos, a vivência das relações e interações neste ambiente de cuidado. Avança do modo quantitativo para o qualitativo ao pensar na qualidade de vida dos bebês emergentes de UTIN, considerando este ser como merecedor não meramente de sobreviver – centrado em aspectos patológicos, mas que esta sobrevivência seja associada com o mínimo de sequelas possíveis, considerando sua fragilidade – centrado, portanto, na assistência humanizada.

Partindo por estes aspectos, este capítulo procurou trazer um panorama que permitisse a compreensão dos princípios que permearam esta trajetória, quais sejam: Cuidado voltado a aspectos fisiológicos do pré-termo, Singularidades do cuidado em UTIN, O papel do enfermeiro em UTIN, Vivências da família no ambiente da UTIN, Políticas públicas voltadas ao cuidado neonatal e A manutenção do cuidado aos recém-nascidos egressos de UTIN, apresentado a seguir na modalidade de um paper.

2.1 ARTIGO 1 - O CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO EM UTI NEONATAL: PRODUÇÃO DA ENFERMAGEM BRASILEIRA

Klock, Patrícia¹
Erdmann, Alacoque Lorenzini²

RESUMO: Estudo com o **objetivo** de analisar a produção de dissertações e teses publicadas nos catálogos do Centro de Estudos e Investigações em Enfermagem, no período de 2006 a 2011, relacionadas ao cuidado de enfermagem na área de neonatologia. **Método:** Pesquisa documental, tendo como fonte o Banco de Teses e Dissertações da Associação Brasileira de Enfermagem. Foram identificados 93 estudos relacionados à temática. A análise dos dados ocorreu com a caracterização dos estudos seguida do agrupamento por unidades temáticas. **Resultados:** Encontrou-se seis categorias relacionadas ao cuidado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal destacando: o cuidado voltado a aspectos fisiológicos do bebê pré-termo, as singularidades do cuidado, o papel do enfermeiro, as vivências da família, as políticas públicas voltadas ao cuidado neonatal e a manutenção do cuidado aos recém-nascidos egressos. **Implicações:** O cuidado em enfermagem neonatal avança ao buscar a promoção de melhores práticas, agregando aspectos gerenciais e de pesquisa no desenvolvimento da assistência, com vistas ao seu fortalecimento enquanto profissão, contribuindo na produção científica neonatal.

Descritores: Enfermagem. Recém-nascido. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Enfermagem neonatal. Pesquisa em Enfermagem.

¹ Doutoranda pelo Programa de Pós Graduação de Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Chefe de Enfermagem do Serviço de Neonatologia do Hospital Polydoro Ernani de São Thiago (HU) da UFSC. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde (GEPADES). Endereço: Campus Universitário – Trindade- Florianópolis - Santa Catarina - Brasil. Cep. 88040-900 E-mail: patynurse@hotmail.com. Autor correspondente.

² Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do PEN da UFSC. Coordenadora do GEPADES. PQ 1A /CNPq. Endereço: Campus Universitário – Trindade- Florianópolis - Santa Catarina - Brasil. Cep. 88040-900. E-mail: alacoque@newsite.com.br

INTRODUÇÃO

Observam-se, atualmente, avanços tecnológicos que oferecem novas possibilidades de cuidado, quando implementados no campo da saúde. Possibilidades estas que exigem, o incentivo à utilização de novas ferramentas tecnológicas e investimento das organizações em uma equipe de saúde qualificada e com conhecimento necessário para oferecer uma assistência diferenciada à população.

No contexto de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), o surgimento de novos materiais e práticas faz parte do cotidiano de trabalho da equipe de saúde, e em especial de Enfermagem, que avalia e implementa diariamente cuidados diferenciados, conciliando aparato tecnológico com humanização, considerando a especificidade do bebê pré-termo, diante da sua fragilidade em busca de viver/sobreviver com menor risco possível. São profissionais que atuam em uma especialidade que envolve conhecimentos avançados, tomada de decisões críticas e habilidades tecnológicas (GEORGE, 2010).

Assim, em meio a todos estes descobrimentos, se encontra o cuidado. Necessita-se de novas formas de cuidar, novas visões sobre os fenômenos implícitos, a fim de manter-se sempre de acordo com o avanço das ciências, de maneira a acompanhar a evolução das novas técnicas e tecnologias, já que o cuidado é a base da profissão de enfermagem (TERRA, 2005).

Considerando a necessidade da equipe de enfermagem em qualificar-se continuamente na área da neonatologia, faz-se necessário também a criação de um ambiente que promova a socialização e troca de saberes, internalizando-os e aplicando-os para criação de novos conhecimentos materializados em produtos, processos e serviços (TSAI et al., 2012). Bem como é importante, com os avanços tecnológicos tanto de processos como de produtos, que a equipe de enfermagem tenha disponível material de referências bibliográficas para aprimorar seus conhecimentos e práticas.

A partir da necessidade de conhecer estudos recentes em enfermagem neonatal, este trabalho teve como objetivo analisar a produção de dissertações e teses publicadas nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEN), no período de 2006 a 2011, relacionadas ao cuidado de enfermagem na área de neonatologia.

A pergunta norteadora deste estudo foi: qual é o conhecimento científico produzido, em dissertações e teses brasileiras, publicadas nos catálogos da ABEN, no período de 2006 a 2011, relacionadas ao cuidado de Enfermagem em neonatologia?

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa documental, do tipo exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa. O material analisado originou-se nos Catálogos de Informação sobre Pesquisas e Pesquisadores, produzidos e organizados pelo CEPEn, da ABEn referentes ao período de 2006 a 2011. Este estudo é parte integrante da tese de doutorado intitulada: “Gerência do cuidado de enfermagem: incorporando melhores práticas em uma unidade de terapia intensiva neonatal”.

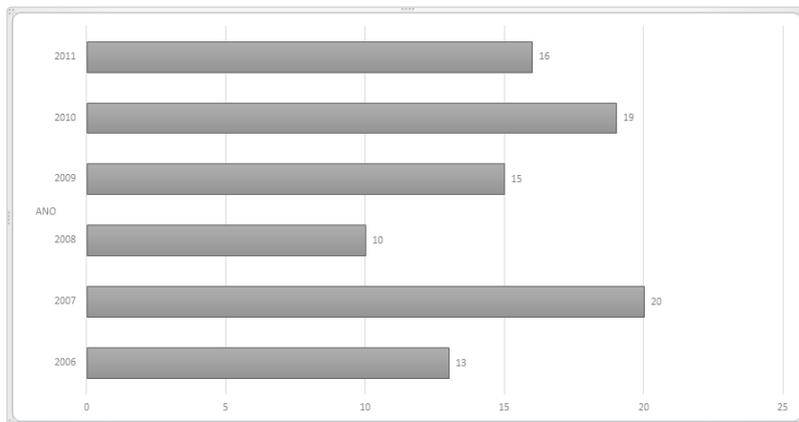
Inicialmente foram buscados todos os trabalhos relacionados à enfermagem neonatal, a partir de seu resumo, segundo ano de publicação, totalizando 133 trabalhos. Após leitura dos resumos, excluíram-se os trabalhos não relacionados diretamente com a temática proposta, totalizando então 93 trabalhos. Estes resumos foram submetidos a repetidas leituras, com posterior discussão de cada resumo acerca do enfoque dado ao cuidado em enfermagem neonatal.

A coleta de dados foi realizada mediante a aplicação de um instrumento de registro, inserida no software NVIVO[®]. Os achados foram então analisados em duas etapas: Na primeira, realizou-se a caracterização dos estudos em relação ao tipo de estudo (Dissertação ou Tese), ano de publicação e região do país de origem dos estudos, bem como suas principais Instituições. Após concluída esta análise, passamos para a segunda etapa, onde os conhecimentos apresentados nos estudos foram agrupados por similaridades em categorias, conforme apresentadas a seguir.

RESULTADOS

A pesquisa pelo conhecimento da produção de conhecimentos realizada pela Enfermagem brasileira resultou em 76 (81,7%) dissertações e 17 (18,3%) teses no período de 2006 a 2011. Quanto ao número de publicações por ano, percebeu-se um crescimento assimétrico no período estudado, conforme mostra o gráfico 4:

Gráfico 4: Distribuição dos estudos segundo ano de publicação – Florianópolis, Brasil - 2013



Fonte: Elaboração pelo autor.

Em relação à distribuição geográfica, as pesquisas originaram-se principalmente na região Sudeste – 61 estudos (65,6%), Nordeste 17 estudos (18,3%) e Sul 14 (15%). No período pesquisado, houve apenas um estudo na região Centro-Oeste (1,1%) e não houve estudos originados na região Norte. Destaca-se que 19 estudos (20,4%) foram realizados na Universidade de São Paulo (USP/SP), 12,9% (12 estudos) na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO/RJ), 11,8% (11 estudos) na Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto (USP-Ribeirão) e 9,8 % (09 estudos) na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Tais dados constataam uma profunda assimetria em termos de produção científica distribuídas pelo país, no que se refere à área de Enfermagem neonatal, o que pode ser associado a distribuição e fortalecimento dos Programas de Pós-Graduação do país.

A análise dos trabalhos pesquisados, relacionados por sua semelhança, originaram seis categorias temáticas amplas: *Cuidado voltado a aspectos fisiológicos do bebê pré-termo*, *Singularidades do cuidado em UTIN*, *A atuação do enfermeiro em UTIN*, *Vivências da família no ambiente da UTIN*, *Políticas públicas voltadas ao cuidado neonatal* e *A manutenção do cuidado aos recém-nascidos (RN) egressos de UTIN* caracterizando o modo como a enfermagem, no campo da neonatologia, vem abordando este tema na produção de estudos científicos no país.

Na sequência discutimos as seis categorias, buscando apresentar o estado da arte na produção do conhecimento científico da Enfermagem brasileira, nos Programas de Pós-Graduação.

DISCUSSÃO

Na categoria *Cuidado voltado a aspectos fisiológicos do bebê pré-termo*, agruparam-se estudos que trataram de assuntos relacionados com aspectos biológicos no cuidado prestado em neonatologia (27,8%). Teve como foco a utilização de cateter central de inserção periférica (CCIP), evidências do uso da fototerapia convencional em bebês com icterícia, desenvolvimento de novas tecnologias em UTIN, cuidados com identificação e manutenção da dor no RN, exposição e reatividade do pré-termo a ruídos no ambiente da UTIN.

Os CCIP são amplamente utilizados em UTIN para fornecer um acesso venoso central adequado que ofereça administração segura de soluções hiperosmolares (STOCCO, 2009). Trata-se de um avanço tecnológico que proporciona vantagens ao cuidado ao recém-nascido em UTIN, bem como para a equipe diante da administração de drogas vesicantes e a fragilidade venosa que estes RN apresentam (COSTA, 2011; JOHANN, 2011), diante da necessidade de acesso venoso por tempo prolongado (SOUZA, 2010). Aspectos como infecções relacionadas à utilização do CCIP são amplamente discutidos desde seu surgimento até os dias atuais (BRUMMELTE et al., 2012). Os estudos que abordaram o uso de CCIP (CALASANS, 2006) relatam que apesar da preocupação com a dor provocada nestes bebês durante o procedimento de inserção do cateter, nenhum recebeu qualquer tipo de analgesia.

Referente à implementação e avaliação de novas tecnologias em UTIN, tem sido abordado diversos temas como a elaboração de trabalhos que possam elucidar qual a influência de novas técnicas de posicionamento no desenvolvimento neuromotor (FERNANDES, 2011), identificação através de mensurações, da ocorrência de deformidade craniana (XAVIER, 2011) avaliação da efetividade da translactação com avaliação da prontidão oral para o aleitamento materno exclusivo em comparação como uso do copo conforme rotina do serviço (ROSSETO, 2011), proposta de desenvolvimento de um objeto digital de aprendizagem sobre o aleitamento materno do prematuro, dirigido à família (FERECINI, 2011) e avaliação do processo de identificação do neonato admitido em uma unidade de terapia intensiva neonatal e semi-intensiva (QUADRADO, 2011).

Os bebês pré-termos são expostos a diversos procedimentos dolorosos na UTIN (punção venosa, coleta de exames, uso de dreno de tórax, entubação, etc.), durante o período no qual o desenvolvimento cerebral ocorre de forma rápida (CALASANS, 2006). Maneiras de identificar as respostas comportamentais dos pré-termos diante da exposição a procedimentos dolorosos e maneiras de prevenir/minimizar a dor tem sido o enfoque de diversos estudos (BUENO, 2011; SILVEIRA, 2010; CASTRAL, 2010; ALMEIDA, 2011). Autores afirmam que os profissionais que trabalham na UTIN devem estar atentos às alterações comportamentais e fisiológicas que costumam acompanhar o episódio doloroso, além de saber utilizar instrumentos de avaliação e mensuração da dor nessa faixa etária. Apesar do aumento significativo da preocupação da equipe de enfermagem com as consequências negativas da dor ao desenvolvimento do pré-termo, os profissionais de saúde ainda têm dificuldades no seu manejo adequado. Além disso, o significado atribuído por eles à dor na fase neonatal, interfere na sua prevenção, avaliação e tratamento (LELIS et al., 2010; HALL, 2012). Uma abordagem gradual para o tratamento deve incluir o reconhecimento da dor, avaliação e tratamento, começando com métodos não-farmacológicos e progredindo para métodos farmacológicos para casos de dor crescente (KLOCK, 2009). As técnicas mais comuns não-farmacológicas utilizadas foram o contato pele a pele e sucção não-nutritiva.

A categoria *Singularidades do cuidado em UTIN* trata da especificidade do cuidar do RN em condições de cuidados intensivos, sua vulnerabilidade e risco de mortalidade elevada, sem deixar de envolver a humanização em seu cotidiano. Atualmente, aliado a busca pela sobrevivência dos bebês pré-termos, há a preocupação em sua qualidade de vida diante da sua sobrevivência, levando a reflexão no modo de cuidar em UTIN (ROSEIRO, 2010; DUARTE, 2010). Pesquisas apontam que o cuidado em UTIN se fortalece como uma das áreas da Enfermagem em constante desenvolvimento, visando conciliar os avanços tecnológicos importantes para o sobreviver do bebê pré-termo com abordagens que valorizam as inter-relações em seu cotidiano, de modo sistêmico (COSTA; PADILHA, 2011; OLIVEIRA, 2011).

Os profissionais que atuam em UTIN tiveram que aprender com os pré-termos e os recém-nascidos de risco a aliar em seus cuidados a delicada interface entre os aspectos técnicos e os afetivos necessários para administrar a terapia, que promova não somente a sobrevivência de bebês organicamente saudáveis, mas também o seu desenvolvimento

neurológico e a sua integração ao convívio familiar (CASTRO, 2009; DANTAS, 2011).

Porém, é evidente que no cotidiano do cuidado, o enfoque está centrado principalmente nas características fisiológicas não contribuindo concretamente para a redução da vulnerabilidade do recém-nascido (LEITE, 2011). Faz-se importante ampliar a atuação da enfermagem em diferentes espaços assistenciais visando à promoção da saúde e prevenção de agravos do recém-nascido contribuindo, conseqüentemente, para a redução de internações em unidade de terapia intensiva neonatal e a morbimortalidade infantil (BRAGA, 2006).

Em relação a *atuação do papel do enfermeiro em UTIN*, encontram-se muitos estudos referentes a esta temática (23,6%), principalmente abordando a importância do enfermeiro na construção histórica das transformações das práticas de cuidado ao recém-nascido, seu papel na busca por reconhecer e evitar eventos adversos na UTIN (CUNHA, 2011), valorizando a sistematização da assistência como uma importante ferramenta no cotidiano de seu processo de trabalho articulada com a educação permanente entre a equipe.

No que se refere ao processo de trabalho, constatamos que existem situações na qual a assistência ao RN é caracterizada por um processo de trabalho fragmentado, com determinações hierarquizadas, frutos de relações de poder (COSTA, 2009). O estudo de Guimarães (2006) vem ao encontro desta ideia, afirmando que tal fragmentação, fruto de um processo de trabalho cada vez mais especializado e com grande incorporação tecnológica, muitas vezes significa restrição e diferenciação da assistência, redução na produção assistencial, custos mais elevados, discriminação e seleção da clientela. Para que a análise e discussão das tensões existentes no processo de trabalho da UTIN pesquisada sejam proveitosas é necessário ultrapassar barreiras relacionadas à comunicação.

Montanholi (2008) aponta que aspectos como a criação de protocolos, a educação permanente, a qualificação para o manejo dos recursos tecnológicos e a prática de enfermagem baseadas em evidências científicas são fatores que, além de possibilitar aos profissionais que prestem um cuidado de boa qualidade, favorecem a autonomia profissional nas tomadas de decisões. Diante desta afirmativa, outros dois estudos ressaltam que para transformar a história das práticas de cuidado em terapia intensiva neonatal, é necessário buscar formas criativas de expressão, rompendo com os padrões e práticas reinantes, contribuindo para novas práticas e novos saberes, novos modos de fazer e de agir no cuidado ao recém-nascido e sua

família, fortalecendo a incorporação de políticas públicas na organização do cuidado (COSTA, 2009; SOUZA, 2010; SILVA, 2011a).

As *Vivências da família no ambiente da UTIN* abordam a inserção dos pais nos cuidados ao seu filho no ambiente de UTIN e fatores que atuam como facilitadores ou dificultadores no estabelecimento do vínculo ao bebê em condições de cuidados intensivos, dependente de aparato tecnológico e, concomitantemente, do amparo familiar. Aponta ser principalmente do enfermeiro a responsabilidade de promover a inserção dos pais em todo o contexto que envolve a prematuridade, bem como no cuidado direto ao recém-nascido, favorecendo o apego seguro e, particularmente, destaca o papel da enfermeira como sendo a articuladora e tutora do processo de cuidar da aproximação pais-filhos (ALENCAR, 2008) e também em situações de enfrentamento do luto (SILVA, 2011b).

Nesta categoria se destacam os estudos que abordam as experiências e significados vivenciados pelas mães na UTIN, bem como suas percepções sobre tornar-se mãe neste contexto adverso, participando do cuidado ao seu filho internado e seu relacionamento com a equipe de saúde, principalmente nas formas de comunicação/interação.

Apesar da importância dada pela equipe para a presença dos pais na UTIN, ainda existem conflitos no que diz respeito ao relacionamento pais-equipe, compartilhamento e individualização do cuidado ao RN. A equipe valoriza a participação dos pais nos cuidados do recém-nascido, mas de forma limitada, encontrando dificuldades em permitir que os pais assumam a integralidade do cuidado ao seu filho enquanto internados. Há ainda o surgimento de questões éticas que precisam ser mais trabalhadas pela equipe de saúde, no qual as autoras afirmam que a responsabilidade da enfermeira na participação dos pais nos cuidados ao filho em UTIN vai além do seu preparo técnico, é uma questão de consciência e comportamento ético, de abertura para o novo e respeito às diferenças.

Um estudo abordou a questão da paternidade diante do filho internado. Ressaltou aspectos como dificuldades enfrentadas diante do nascimento precoce do filho, vivenciando todo o processo permeado pela ambivalência de sentimentos onde o medo e a esperança predominaram como experiência marcante e transformadora. Sentiram-se capacitados para cuidar da criança e reconheceram obstáculos socioculturais para desempenhar seu papel (ALENCAR, 2008).

Os estudos relacionados às *Políticas públicas voltadas ao cuidado neonatal* relatam a implementação de políticas públicas voltadas para o recém-nascido bem como o panorama nos serviços investigados, no que se refere à incorporação das mesmas no cotidiano da UTIN. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e UNICEF idealizaram em 1990 a Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, objetivando mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce (WHO/UNICEF, 1990). Em 2000, criou a Norma de Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru (MC), por meio da Portaria nº 693 GM/MSM (BRASIL, 2000), que visa o estabelecimento de uma contínua adequação tanto na abordagem técnica quanto das práticas que impliquem em mudanças ambientais e comportamentais com vistas à melhoria na atenção aos bebês pré-termos, envolvendo a família.

A importância dos benefícios do aleitamento materno, reforçada pela IHAC, se confirma nos estudos encontrados, inserindo-se no contexto de vida da mulher, fazendo-se necessária uma abordagem, tanto pelas políticas públicas quanto pelos profissionais de saúde, que contemple não apenas os aspectos biológicos do aleitamento materno, mas também os aspectos emocionais, culturais, históricos e sociais que envolvem esse complexo processo (OLIVEIRA, 2009).

Em relação à implementação do Método Canguru, os estudos apontam aspectos positivos como oferecer a possibilidade à mãe de receber orientações contínuas sobre o cuidado do bebê pré-termo, de modo a habilitá-la para atender com segurança às demandas do filho, no domicílio (COUTO, 2009). Por outro lado, apontam alguns aspectos negativos vivenciados pelas mães como sobrecarga, isolamento familiar e social, falta de amparo/acolhimento da equipe. Mesmo sendo reconhecido como uma prática que proporciona melhoria na atenção ao bebê pré-termo, com a participação da família, existem dificuldades na implementação do MC em suas três etapas bem como adesão plena da equipe, individualizando o cuidado e acolhendo as demandas específicas de cada família.

A categoria *manutenção do cuidado aos RN egressos de UTIN* revela a necessidade de reorganização das práticas de cuidado referentes a este aspecto, uma vez que as atividades desenvolvidas pela equipe para a construção da alta dos neonatos da UTIN têm centralidade nos aspectos biológicos, apresentando fragilidades quanto à abordagem dos aspectos psicossociais do recém-nascido e de sua família. Evidenciou-se

a necessidade de potencializar a participação dos pais nas situações de cuidados aos recém-nascidos (OLIVEIRA, 2009). Outro estudo sugere que a sistematização da assistência, por meio de um protocolo de orientação, poderia contribuir para a otimização e à qualificação da atenção neonatal (SCHMIDT, 2011).

Desta forma, na medida em que os avanços em neonatologia tem garantido o aumento da sobrevivência de bebês pré-termo e de baixo peso, cresce também a preocupação com os cuidados ainda durante a internação para a preparação da desospitalização.

Portanto, a alta hospitalar configura-se como uma etapa crítica, que necessita maior articulação e envolvimento entre profissionais, serviços e familiares, fortalecendo o papel dos pais neste processo, visando à continuidade e integralidade do cuidado ao recém-nascido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da produção das dissertações e teses produzidas pela enfermagem, entre 2006 e 2013, revela que a maior parte dos trabalhos concentra-se no ano de 2007, na região Sudeste, com destaque para o estado de São Paulo.

As temáticas com maior destaque demonstram que ainda predomina o enfoque a aspectos fisiológicos do neonato, seja por parte da equipe ao prestar o cuidado, seja na preocupação dos pais desde seu primeiro contato com o filho internado, estendendo-se até os cuidados domiciliares. Tais resultados apontam a necessidade de maior valorização de aspectos psíquicos e sociais, favorecendo a individualidade e integralidade do cuidado.

Apesar da importância das políticas públicas voltadas para o cuidado neonatal, maiores avaliações são necessárias, diante das limitações que algumas instituições possuem na sua implementação, além de aprimorar o processo de comunicação com os pais dos bebês pré-termos já que é comum a imposição dos profissionais de saúde em detrimento a escuta sensível aos anseios vivenciados por estas famílias diante dos enfrentamentos no ambiente da UTIN.

A atuação do enfermeiro é fundamental para a promoção, implementação e avaliação de melhores práticas de cuidado, uma vez que é apontado como responsável pela articulação da equipe, serviços de saúde e família. Porém, cabe a ele reconhecer a importância de equilibrar aspectos assistenciais, gerenciais e de pesquisa em seu cotidiano de trabalho, buscando sua autonomia, com vistas a assegurar a

prestação de um cuidado individualizado ao bebê pré-termo, inclusive no que se refere a maior participação dos pais no ambiente da UTIN.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, S.M.S. A política nacional de aleitamento materno. In: **O aleitamento materno no contexto atual: políticas, práticas e bases científicas**. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 70-101.

ALMEIDA, L.S. **Comunicação cinésica do recém-nascido sob influência do manuseio e ruídos em uma Unidade Neonatal**. 2011.165f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

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. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru - manual do curso**. Brasília: Brasil, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 693, de 5 de julho de 2000. **Norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**. Diário Oficial da União 2000; 6 jul.

BRUMMELTE, S. et al. Procedural pain and brain development in premature newborns. **Ann. Neurol.**, fev. 2012.

BUENO, M. **Leite materno ordenhado e glicose 25% no alívio da dor em recém-nascidos pré-termo tardios submetidos à lancetagem de calcâneo: ensaio clínico randomizado de não inferioridade**. 2011. 212f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

CALASANS, M.T.A. **A dor do recém-nascido no cotidiano da unidade de terapia intensiva neonatal**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

CASTRAL, T.C. **Relação entre fatores maternos e a resposta à dor e ao estresse do prematuro em posição canguru.** 2010. 215 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

CASTRO, B.P. **Vulnerabilidades e a saúde do recém-nascido: contribuições da assistência de enfermagem.** 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

COSTA, P. **Análise da relação entre a posição anatômica da ponta do cateter CCIP e o motivo de remoção do dispositivo em uma coorte de neonatos.** 2011. 138f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

COSTA, R. **Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva na década de 1980 em Florianópolis.** 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

COSTA, R.; PADILHA, M.I. A unidade de terapia intensiva neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n.2, .p.248-255, 2011.

COUTO, F.F. **Vivência materna no cuidado do recém-nascido prematuro, no domicílio.** 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

CUNHA, K.J.B. **Representações sociais da infecção neonatal elaboradas por enfermeiras.** 2011. 131f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, Piauí, 2011.

DANTAS, A.L.B. **Sentido do cuidado para mães no método canguru.** 2011. 90f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, Piauí, 2011.

DUARTE, M.R. **Cuidado ao recém-nascido hospitalizado para profissionais de Enfermagem: um estudo fenomenológico.** 2010.103f.

Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, Piauí, 2010.

FARIA, C.M.R. Aleitamento materno de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

FERECINI, G.M. Desenvolvimento e avaliação do objeto digital de aprendizagem sobre o aleitamento materno do prematuro. 2011. 158f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

FERNANDES, P.T.S. Influência do posicionamento em "Hammock" no desenvolvimento neuromotor de recém-nascidos pré-termo. 2011. 74f. Dissertação (Mestrado em Atenção à saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2011.

GEORGE, J.B. Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre: ArtMed, 2000. 375p.

GUIMARÃES, G.P. A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

HALL, R.W. Anesthesia and Analgesia in the NICU. Clin. Perinatol., v.39, n.1, p.239-354, 2012.

JOHANN, D.A. Complicações relacionadas ao uso do cateter central de inserção periférica no neonato. 2011. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

KLOCK, P. Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

LEITE, E.I.A. Vulnerabilidade da Família no Contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. 2011. 108 f. Dissertação (Mestrado em

enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

LÉLIS, A.L.P.A.; FARIAS, L.M.; REBOUÇAS, C.B.A.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Health promotion and nurse facing newborn pain in the neonatal unit: an exploratory-descriptive study. **On-line Braz. J. Nurs.**, v.9, n. 2, nov. 2010. Disponível em: <
<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2996>>. Acesso em: 18 mar. 2012.

MONTANHOLI, L.L. **Atuação da enfermeira na UTI neonatal: entre o ideal, o real e o possível.** 2008. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

OLIVEIRA, J.D. **Análise dos elementos qualificadores do processo de cuidado da enfermeira em unidade de terapia intensiva neonatal.** 2011. 82f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

OLIVEIRA, S.R. **Alta do recém-nascido da unidade de terapia intensiva neonatal: implicações para a continuidade do cuidado.** 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

QUADRADO, E.R.S. **Avaliação do processo de identificação do neonato de um hospital privado.** 2011. 71 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

ROSEIRO, C.P. **Cuidado ao recém-nascido em UTIN: concepções e práticas de humanização.** 2010. 179f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2010.

ROSSETO, E.G. **Uso da translactação para aleitamento materno de bebês nascidos muito prematuros: ensaio clínico randomizado.** 2011. 150f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

SCHMIDT, K.T. Percepção de mães acompanhantes acerca do preparo para alta hospitalar do bebê prematuro: ações da equipe de saúde em unidade de terapia intensiva neonatal. 2011. 100f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

SILVA, D.S. Experiência de enfermagem na admissão do prematuro extremo na unidade de terapia intensiva neonatal. 2011. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, 2011.

SILVA, J.D.D. Experiência de luto de pais de bebês: uma contribuição para a enfermagem. 2011. 93f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

SILVEIRA, A.L.D. Respostas multidimensionais de dor em recém-nascidos prematuros submetidos a punções venosas periféricas na unidade de tratamento intensivo neonatal: contribuições para a prática da enfermagem. 2010. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

SOUSA, J.C.G. Uso do cateter central de inserção periférica em uma unidade de terapia intensiva neonatal na Região Centro-Oeste. 2010. 125f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010.

SOUZA, S.M.B. Participação da figura paterna na internação do filho da unidade neonatal: contribuições para o cuidado de enfermagem. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

STOCCO, J.G.D. Avaliação de complicações infecciosas relacionadas ao uso de cateter venoso central em recém-nascidos e crianças: revisão sistemática. 2009. 104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

TERRA, J.C.C. Os desafios da produtividade: novas habilidades na era da informação e do conhecimento e o papel central da gestão do conhecimento. In: MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA, CENTRO DE GESTÃO E ESTUDOS ESTRATÉGICOS. **Anais**

Seminário preparatório da 3ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.cgee.org.br/cncti3/>>. Acesso em 16 jan. 2012.

TSAI, M.H.; HSU, J.F.; LIEN, R.; HUANG, H.R.; CHIANG, C.C.; CHU, S.M.; LIANG, H.F.; HUANG, Y.C. Catheter management in neonates with bloodstream infection and a percutaneously inserted central venous catheter in situ: removal or not. **Am. J. Infect. Control.**, v.40, n.1, p.59-64, 2012.

XAVIER, S.O. **Deformidade craniana do recém-nascido prematuro:** implicações para a equipe de enfermagem. 2011. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

WHO/UNICEF. **Innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding:** Meeting Breastfeeding in the 1990 - a global initiative. United States Agency for International Development, Swedish International Development Authority: Italy, 1990.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo apresenta-se como referencial teórico os principais conceitos e instrumentos que sustentam o paradigma da complexidade e as melhores práticas e sua compreensão na gerência do cuidado em enfermagem e saúde.

3.1 O PENSAMENTO COMPLEXO A PARTIR DE MORIN E A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Por perceber a crescente inadequação entre os saberes separados e fragmentados entre disciplinas, e, por outro lado, realidades ou problemas cada vez mais polidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais, planetários, Morin (2006) aponta para a necessidade de uma reforma do pensamento.

A complexidade, na sua origem, significa o que foi tecido junto; assim, há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo, tais como: o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si e entre a unidade e a multiplicidade (MORIN, 2003).

Sob esse enfoque, o sistema gerencial da enfermagem será tanto mais complexo quanto maior a sua capacidade de operar com a desordem e com as incertezas inerentes ao cotidiano hospitalar, visto que esta abordagem procura levar em conta o máximo de informações reais; assim como conhecer e reconhecer o variado, o incerto e o aleatório (ERDMANN; BACKES; MINUZZI, 2008).

A complexidade baseia-se nos padrões de relacionamento, como se sustentam e como se auto-organizam, bem como os resultados que emergem destes relacionamentos, sem fragmentá-los. Estes encontros aleatórios interligam seus elementos, de forma complementar e antagônica, integrando em si os modos simplificadores de pensar, recusando as consequências redutoras, unidimensionais e ofuscantes que a simplificação acarreta. Neste sentido, o sistema de cuidados é um coletivo constituído pela totalidade das práticas, das atitudes e do conhecimento dos vários profissionais que dão sustentação à dinâmica do cuidado (KLOCK, 2009).

Morin (2003) critica o pressuposto que dirigiu o método científico por muito tempo, ou seja, o de tentar dominar e controlar a realidade e os sistemas de produção de serviços por meio do pensamento

simples, ou simplificador. Para ele, esse tipo de pensamento desintegra a complexidade do real, mutila, reduz, cega e trata de maneira unidimensional a realidade. O paradigma de simplificação, que controla o pensamento ocidental desde o século XVII, tem origem nas ideias de Descartes e Popper e tem como princípios a disjunção, a redução e a abstração.

Segundo Erdmann (1996), Morin é um pensador que evoluiu seu pensamento num enfoque crítico de inspiração talvez de um certo tipo de estruturalismo, de interações não-lineares, lançando uma riqueza de idéias de algo organizadas sobre a natureza, a vida, o conhecimento, a ciência com consciência e outros. Porém, mais recentemente, apela à interrogação e apreensão que incidem sobre as próprias idéias, sua natureza, organização e condições de emergência enfatizando a necessidade de que se cristalize e se enraíze um paradigma da complexidade.

De acordo com Morin, enquanto o pensamento simplificador desintegra e reduz a complexidade dos micro espaços reais, o pensamento complexo propõe a existência da contradição na unidade e o princípio da dialógica. Instiga o profissional a ser sujeito – pensante e interrogante - nos diferentes espaços onde atua. Por outro lado, o pensamento complexo aspira ao conhecimento multidimensional e sabe, desde sempre, que o conhecimento completo é impossível. Logo, o princípio de incompletude e de incerteza estão subjacentes nesta perspectiva de pensamento.

Entende-se a complexidade, portanto, de acordo com Morin (1977, 1986, 1999, 2002, 2003, 2007) como um fenômeno quantitativo, isto é, um fenômeno que possui uma quantidade extrema de interações, associações e interferências estabelecidas entre um grande número de unidades. Compreende, porém, não só grandes quantidades de interações e unidades que desafiam nossas possibilidades de cálculo, mas também incertezas, indeterminações e fenômenos aleatórios.

A complexidade, sob este enfoque, incorpora em seu princípio uma forma dialética de compreender as oposições entre ordem/desordem, unidade/diversidade, acaso/necessidade, quantidade/qualidade, sujeito/objeto e por que não cuidado/descuidado e assim por diante. Desse modo, essa nova forma de encarar a ciência, a sociedade e suas interações humanas, não prioriza nem o objeto nem o sujeito. Como também, não deixa de promover a redução para buscar o todo, o que faria da complexidade uma outra forma de encarar a realidade. Busca, ao contrário, uma forma de unidade complexa.

A complexidade apresentada por Morin (2006) está composta por sete princípios básicos, complementares e interdependentes entre si:

- Princípio sistêmico ou organizacional, que liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, sendo este igualmente, menos que a soma das partes, cujas qualidades são inibidas pela organização do conjunto.
- Princípio hologrâmico, que põe em evidência este aparente paradoxo das organizações complexas, em que não apenas a parte está no todo, como o todo está inscrito na parte. Assim, cada célula é uma parte de um todo – o organismo global –, mas também o todo está na parte: a totalidade do patrimônio genético está presente em cada célula individual; a sociedade está presente em cada indivíduo, enquanto todo, através de sua linguagem, sua cultura, suas normas.
- Princípio do circuito retroativo, que foi introduzido por Norbert Wiener, permite o conhecimento dos processos auto reguladores. Rompe com o princípio da causalidade linear: a causa age sobre o efeito, e o efeito age sobre a causa.
- Princípio do circuito recursivo, que ultrapassa a noção de regulação com as de autoprodução e auto-organização. É um circuito gerador em que os produtos e os efeitos são, eles mesmos, produtores e causadores daquilo que os produz. Os indivíduos humanos produzem a sociedade nas interações e pelas interações, mas a sociedade, à medida que emerge, produz a humanidade desses indivíduos, fornecendo-lhes a linguagem e a cultura.
- Princípio da autonomia / dependência (auto-eco-organização), onde os seres vivos são seres auto organizadores, que não param de se autoproduzir e, por isso mesmo, dependem energia para manter sua autonomia. Como têm necessidade de retirar energia, informação e organização de seu meio ambiente, sua autonomia é inseparável dessa dependência; é por isso que precisam ser concebidos como seres autoeco-organizadores. Vale especificamente para os humanos – que desenvolvem sua autonomia na dependência de sua cultura – e para as sociedades – que se desenvolvem na dependência de seu meio geológico.
- Princípio dialógico, que une dois princípios que na concepção tradicional, um excluiria o outro, mas que aqui são considerados indissociáveis numa mesma realidade. Desta

forma, concebe-se uma dialógica ordem/desordem/organização desde o nascimento do universo.

- Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento, que opera a restauração do sujeito e revela o problema cognitivo central: da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, em uma cultura e época determinadas.

A partir do que foi exposto e levando-se em conta a concepção do modelo de produção de serviços na enfermagem atual, percebe-se que esse, ainda, se encontra alicerçado em uma forma simplificada de compreensão da realidade, pautado, frequentemente, em princípios de disjunção, redução e abstração. Na Enfermagem evidencia-se, crescentemente, a inquietação e a incessante busca pelo desenvolvimento de novas práticas reflexivas, capazes de conduzir a uma revisão na mentalidade e nos valores sociais que dizem respeito à multidimensionalidade do ser humano (KLOCK et al., 2007).

O cuidado de enfermagem é por si só, um cuidado complexo, dialógico e multidimensional, por centrar-se na pessoa humana – ser de cuidado – também complexo. No processo de cuidar é preciso levar em conta, a priori, que tanto o cuidador como a pessoa sob seu cuidado se reveste de uma dinamicidade singular motivada pelas múltiplas relações, interações e associações (ERDMANN; BACKES; MINUZZI, 2008).

O olhar da complexidade amplia, portanto, o olhar sobre o processo gerencial de enfermagem e passa a conceber o cuidado a partir de uma rede ou teia de processos e produtos que envolvem relações, interações e associações entre os profissionais, usuários, gestores enquanto sujeitos que compõem o sistema de saúde (ERDMANN; BACKES; MINUZZI, 2008).

Assim, o pensamento complexo, que considera a unidade na diversidade, emerge no campo da saúde, no espaço da UTIN, como possibilidade de horizontalidade nas decisões, participação efetiva e ativa de todos os sujeitos envolvidos no seu processo organizacional, conferindo novos significados ao ser lidar com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato, enquanto profissionais atuantes nesse setor, bem como o reflexo do mesmo em todos os vínculos resultantes deste sistema complexo.

O cuidado, nas suas mais variadas formas de expressão, deve ser considerado a mola propulsora no sistema de produção de serviços na enfermagem, mesmo que apreendido na sua forma visível/invisível, concreto/abstrata, dinâmica/estática, singular/plural, frágil/forte e/ou

navegando num claro/escuro, certeza/incerteza (KLOCK et al, 2007).

Diferente de uma ideia assistencialista, predominante nos modelos tradicionais, o cuidado representa a dinamicidade das múltiplas interações entre seres humanos, atingível na sua forma de SER em sistemas abertos e ambientes mais saudáveis (WALDOW, 2004).

O ser humano, enquanto um ser de múltiplas interações, sempre foi dotado de *atitudes* de cuidado, seja na dimensão física, psíquica, social e/ou espiritual. Ao cuidar do outro, o ser humano é motivado por uma força intrínseca, capaz de satisfazer o ego mais profundo de *ir à busca do outro*. Da mesma forma que sente a necessidade de *ir à busca*, também sente a necessidade de alguém que venha ao seu encontro. Assim, o cuidado supera a atitude materialista ou assistencialista e é identificado como sendo uma função específica de compartilhamento, de troca, isto é, de reciprocidade (BACKES et al, 2006).

Nessa perspectiva, Erdmann et al. (2006) destacam a importância de considerar o trabalhador de saúde um ser cognoscente, corresponsável pelo suprimento de suas necessidades e pelo estabelecimento de relações entre os membros da equipe, fortalecendo a noção de que este sujeito lida com o conhecimento, aprende, troca, elabora, reelabora, transforma o conhecimento explícito em tácito e o tácito em explícito. Como membro de uma organização, é capaz de articular conhecimento e, nesse vai e vem das relações, melhorar as práticas de saúde e de cuidado.

A enfermagem, diferentemente dos demais cuidadores visíveis/invisíveis, requer, além de uma atitude ética e responsável socialmente, um compromisso legal e profissional com a dignidade da pessoa humana, por estar habilitada técnico e cientificamente para tal função. O enfermeiro demanda um papel preponderante nas múltiplas interfaces do cuidado por ser um dos articuladores dos processos de trabalho interagindo com todos os profissionais da saúde e não raramente coordenando a organização desses nos diferentes espaços. Não é raro também que ele seja o ponto de convergência e distribuição de informações para o usuário, para a grande maioria dos profissionais da equipe de saúde, assim como para os diferentes serviços que fazem parte do universo da saúde. O enfermeiro é quem domina e gerencia, normalmente, os conhecimentos relativos ao exercício do trabalho assistencial da enfermagem e tem alguma autonomia para avaliar necessidades assistenciais do paciente, decidindo sobre o cuidado (LUNARDI FILHO, 2000; RODRIGUES, 2004).

A complexidade da prática gerencial do enfermeiro envolve múltiplas ações que vão desde os micro espaços do cotidiano hospitalar

aos processos sociais globais, relacionados ao gerenciar cuidando e educando, ao cuidar gerenciando e educando, ao educar cuidando e gerenciando, construindo conhecimentos e promovendo a interconexão entre os diferentes sistemas e atores sociais em prol da qualidade do cuidado como direito do cidadão (ERDMANN; BACKES; MINUZZI, 2008).

Entende-se que, principalmente no que se refere a gerência do cuidado prestado em neonatologia, este assume dimensões singulares desde a sua implantação até os dias atuais, uma vez que a vida do bebê pré-termo depende, sobretudo, da organização da assistência prestada pelo profissional de saúde, valorizando as multidimensionalidades e diversidades que compõem a dinâmica complexa do ambiente de UTIN.

Vislumbrado à luz da complexidade, a gerência da prática do cuidado em UTIN, pode/deve ser compreendida como produto e serviço nas suas múltiplas dimensões/relações/espacos, isto é, como um sistema de produção de serviços singular na sua maneira de ser e existir. Obedece e segue ordens, rotinas em seu cotidiano, ao mesmo tempo em que se constitui no lugar onde nascem encontros aleatórios, permeados por situações de ordem/desordem/interações/organização.

Nesse, há trocas, coexistem seres humanos e sistemas de ideias que se alimentam e se auto-organizam a partir dos mecanismos de sobrevivência dos sistemas sociais e gerenciais, para o qual, o enfermeiro se configura como a pessoa central (ERDMANN, PINHEIRO, 1998).

A gerência da prática de cuidado em UTIN pode ser entendida como uma unidade complexa que liga, transforma, mantém ou produz acontecimentos, componentes e indivíduos. Remete-nos ao plano dinâmico da interação. Focalizar a organização do cuidado desta forma significa produzir um conhecimento complexo em saúde neonatal, e compreender o cuidado como sistema vital e dinâmico que implica na construção de redes não-lineares.

No desempenho das atividades assistenciais, gerenciais e científicas no cuidado ao RN, cabe a necessidade de realizá-lo sem fragmentações e subdivisões, favorecendo relações interativas e comprometidas entre os atores que estruturam o ambiente da UTIN, propiciando “a criação e recriação de valores que os tornam sujeitos críticos, reflexivos e transformadores da realidade social” (ERDMANN, 2001).

Deixar o pensamento reducionista e fragmentado, entretanto, não significa pensar apenas nas estruturas macro dinâmicas, tentando captar a totalidade dos fenômenos, pois isso manteria a visão dicotômica da

realidade. O grande avanço do pensamento complexo é, sem dúvida, procurar coordenar, em uma mesma perspectiva, os aspectos parciais e a totalidade da realidade, isto é, o todo nas partes e as partes no todo (NASCIMENTO et al, 2008).

O significado da organização do cuidado complexo em UTIN passa, então, pelo valor dos pequenos e/ou grandes eventos do dia a dia que tornam o ser humano único e especial nos diferentes espaços e situações em que se encontra, no sentido de prestar um atendimento personalizado, permeado pela fragilidade do viver/sobreviver do neonato, bem como acolhendo seus familiares, com suas angústias e incertezas.

3.2 INCORPORANDO MELHORES PRÁTICAS DE GERÊNCIA DO CUIDADO EM NEONATOLOGIA

Percebe-se que o cuidado tem merecido profundo exame dos estudiosos e que está diretamente associado ao processo de viver e se materializa em complexas relações entre os indivíduos, e mesmo entre estes e o ambiente organizacional, institucional e natural (MELLO, 2005).

The Interactive Domain Model (IDM) propõe a compreensão de como se dá a aproximação entre as boas práticas e a promoção da saúde, adaptável ao contexto local. Profissionais de promoção da saúde, que atuam em implementação de programas, pesquisas e formulação de políticas, pretendem fazer o melhor para produzir saúde de indivíduos e comunidades. Porém, a necessidade de conciliar tempo com a obtenção de melhores resultados, impulsionou a organização do Simpósio Internacional sobre a Eficácia da Promoção da Saúde em Ottawa. O Centro de Promoção da Saúde, da Universidade de Toronto, assumiu essa tarefa e iniciou um grupo de trabalho. *The Best Practices Work Group*, composto por membros de centros comunitários de saúde, unidades de saúde pública, governantes e outros grupos com interesse em melhorar as práticas de promoção da saúde, se uniu a *Association of Ontario Health Centres*, *The Ontario Public Health Benchmarking Partnership* e *The Health Promoting Hospital Network* para formar o *The Best Practices Partnership* (KAHAN; GROULX; WONG, 2009).

Como resultado deste simpósio, dois grupos de trabalho foram criados, um para lidar com a consolidação da evidência sobre a eficácia da promoção da saúde, e o outro preocupado com a avaliação da promoção da saúde e melhores práticas na promoção da saúde (KAHAN; GOODSTADT, 1998).

Dois membros desta equipe, vinculados a Universidade de Toronto, Michael Goodstadt e Barbara Kahan, começaram a trabalhar a partir de então, no desenvolvimento e verificação de conceitos e ferramentas tendo as melhores práticas como abordagem para a promoção da saúde. Mais recentemente, seus interesses nesta área se ampliaram para a tomada de decisões por profissionais da promoção da saúde.

O IDM definiu melhores práticas em saúde como o conjunto de processos e atividades que são consistentes com os valores de promoção da saúde/saúde pública, metas e ética, teorias e crenças, evidências, e compreensão do meio ambiente, e que são mais suscetíveis para alcançar os objetivos de promoção da saúde/saúde pública em uma dada situação (KAHAN; GOODSTADT, 2005).

The Public Health Agency of Canada traz que no contexto da saúde/promoção da saúde, tais práticas são usadas para demonstrar o que funciona para melhorar o estado de saúde e desfechos relacionados com a saúde dos indivíduos e das comunidades, e a agregar e aplicar os conhecimentos sobre como e por que trabalhar em diferentes situações e contextos (CANADIAN BEST PRACTICES PORTAL, 2014).

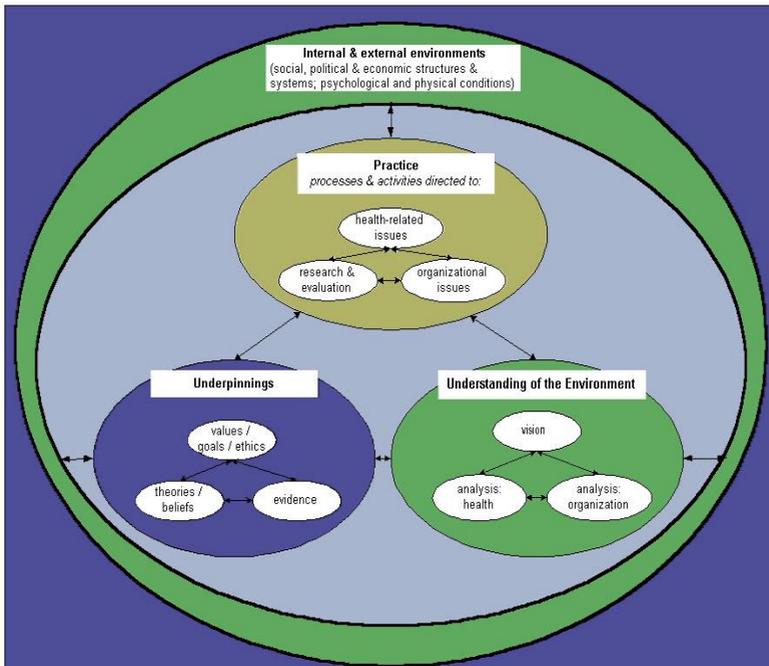
Em decorrência das revisões de literatura e aprofundamento nos estudos levantados, o *IDM* elaborou um modelo que contemplasse valores e premissas de Boas Práticas em Saúde, envolvendo (KAHAN; GROULX; WONG, 2009):

- **Práticas:** são os processos e atividades relacionados com as pesquisas, desenvolvimento de políticas, concepção e implementação de programas e desenvolvimento organizacional
- **Fundamentos:** Valores, ética e objetivos; teorias, conceitos, crenças, evidências.
- **Compreensão do ambiente:** visão que oferece algo a ser buscado e análise dos ambientes organizacionais e sua relação com a saúde.

Estes aspectos interagem entre si no contexto social, político, econômico, psicológico e ambiente físico, apresentados na figura a seguir:

Figura 1: O modelo de domínio interativo de boas práticas em promoção da saúde e saúde pública.

The Interactive Domain Model of Best Practices in Health Promotion & Public Health
Kahan & Goodstadt 2005 (revised from 2001 version)



Fonte: Kahan, Goodstadt, 2005.

Este modelo defende ideias inovadoras e baseadas no pensamento científico, para garantir sua viabilidade, quais sejam (KAHAN; GROULX; WONG, 2009):

- Destaca a contribuição para a escolha da melhor prática a partir de um conjunto de fatores que incluem (mas não se limitam) as evidências;
- De um lado, mostra os valores subjacentes, as crenças e análises realizadas pelas principais partes interessadas, incorporados em processos e atividades práticas e, por outro, proporciona maneiras de alinhar o pensamento com ações;

- Encoraja a integração entre teoria e prática, aumentando assim as possibilidades de inovação;
- Enfatiza a sensibilidade às condições locais, trabalhando com os valores, a evidência e a compreensão específica das particularidades do contexto;
- Aumenta a consciência da sociedade para com as influências ambientais de forma mais ampla, tais como os sistemas econômicos e estruturas de poder ao invés de ficar restrito às influências perceptíveis mais facilmente no nível individual;
- Enfatiza a importância da organização na obtenção de melhores práticas, em vez de se concentrar exclusivamente em estratégias voltadas para a questão relacionada com a saúde; e
- Se concentra em processos bem como em resultados para construir uma base sólida para otimizar os melhores resultados possíveis.

Promover melhores práticas na gerência do cuidado em neonatologia, baseando-se no exposto, torna-se um convite para uma mudança de comportamentos, visando o fazer-melhor, através de abordagens sólidas, produtivas e eficazes, em seus diferentes níveis interrelacionados - equipe de saúde, instituição hospitalar, serviços de apoio, ambiente de cuidado – considerando a importância e especificidade que a gerência das práticas de cuidado em neonatologia requer.

A melhoria contínua, construída sobre o ideal da busca por melhores práticas, pressupõe mudanças subsequentes no comportamento individual/coletivo/organizacional, nos métodos de trabalho, no livre fluxo de informações e na incorporação da reflexão crítica. Segundo Mello (2005), o imenso volume de conhecimento produzido em ritmo sempre mais acelerado gerou a necessidade de reconhecer o melhor procedimento/tratamento, com menor custo possível, estando implícita a necessidade de julgamento da qualidade das informações.

A proposta desafiadora de considerar as necessidades de transformações no processo de trabalho, sinalizando a incorporação de melhores práticas, instiga a ampliação do objeto de ação em neonatologia, com vistas a atuar de forma coerente e transdisciplinar entre os atores e serviços, vislumbra a inserção da família como um dos pontos fundamentais no cuidado ao neonato, qualificando assim as dimensões e interações já existentes.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Neste capítulo estão abordadas as etapas da pesquisa, que viabilizaram a execução dos objetivos e a compreensão do estudo realizado. Apresenta-se o: tipo de estudo, o local do estudo, os sujeitos, os aspectos éticos, a coleta de dados, o plano de análise de dados, os memorandos e diagramas e a validação do Modelo Teórico.

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pergunta norteadora e o objetivo formulado neste protocolo de pesquisa implicaram em optar-se por uma abordagem qualitativa para a compreensão do fenômeno de estudo utilizando análise interpretativa, indo ao encontro da especificidade e particularidade do tema proposto.

Os dados qualitativos permitem apreender o aspecto multidimensional dos fenômenos, identificando por meio de interpretação teórica os diferentes significados das experiências no ambiente investigado, procurando auxiliar na compreensão das relações entre os indivíduos, seu contexto e suas ações, a partir de dados empíricos (PEDROLO et al, 2001). Possibilita ao pesquisador captar a maneira pela qual os indivíduos pensam e reagem ante as questões focalizadas do ponto de vista de quem as vivencia (MERIGHI, PRAÇA, 2003).

Levando em consideração tais aspectos e a busca por compreender a gerência das práticas de cuidado de enfermagem em UTIN a partir dos significados atribuídos pelos profissionais da Equipe de Enfermagem, assumiu-se neste estudo, o referencial metodológico da *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como caminho para compreender o fenômeno sob investigação.

O método foi desenvolvido originalmente por Barney Glaser e Anselm Strauss, sociólogos, a partir de estudos sobre processo da morte em hospitais. Deram a seus dados um tratamento analítico explícito e produziram análises teóricas sobre a organização social e a disposição temporal da morte. À medida que construíam as suas análises do processo de morte, eles desenvolveram estratégias metodológicas sistemáticas que poderiam ser adotadas por cientistas sociais para o estudo de muitos outros temas (CHARMAZ, 2009).

Strauss formou-se na *University of Chicago*, que possui forte tradição em pesquisa qualitativa. Seus estudos foram influenciados por textos interacionistas e pragmáticos. Glaser veio de uma tradição sociológica muito diferente, mas com algumas características

compartilhadas, que, sem dúvida, permitiu que trabalhassem juntos (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Na TFD o conhecimento é construído a partir da interação social, de informações e da compreensão da atividade e da ação humana nos diferentes espaços, emergentes de dados brutos, vindo de fontes como entrevistas, observações, documentos, registros e filmes. Os conceitos são a base de análise dessa metodologia (STRAUSS; CORBIN, 1991). Duas características principais deste modelo são a constante comparação dos dados com as categorias emergentes e a amostragem teórica de diferentes grupos para maximizar as semelhanças e diferenças entre as informações (CRESWELL, 2010).

Embora fundamentar conceitos em dados seja a principal característica do método, este aponta como elemento essencial dos pesquisadores o uso da criatividade, mantendo-se aberto e flexível as possibilidades múltiplas que surgem durante o processo de pesquisa, utilizando formas não-lineares de pensamento. A análise é a interação entre os pesquisadores e os dados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Cabe ressaltar que,

A TFD se concretiza como um método importante e consistente para a realização de pesquisas especialmente na área da Enfermagem, cujo objeto de estudo envolve interações humanas. Essas conformam fenômenos da prática da profissão ainda não desvelados e devidamente compreendidos, mediante o rigor requerido para a construção de conhecimentos de abordagem qualitativa (DANTAS et al., 2009, p. 578).

Desta forma, para Glaser e Strauss, alguns componentes são determinantes na prática da teoria fundamentada (CHARMAZ, 2009, p. 19), conforme apresentado na figura 2:

Figura 2: Componentes determinantes da TFD.



Fonte: Elaborado pelo autor

Tal teoria está voltada para o conhecimento da percepção e/ou do significado com o objetivo de captar os aspectos intersubjetivos das experiências sociais do ser humano e, desta forma, acrescentar novas perspectivas à reflexão do fenômeno. Assim, todos os procedimentos da TFD têm por finalidade identificar, desenvolver e relacionar conceitos a partir de vários grupos amostrais, isto é, a geração de teorias a partir dos dados investigados, analisados e comparados de maneira sistemática e concomitante (STRAUSS; CORBIN, 1991).

Por definição, teoria denota um conjunto de categorias bem desenvolvidas que são sistematicamente inter-relacionadas através de declarações de relação para formar uma estrutura teórica que explique alguns fenômenos relevantes sociais, psicológicos, educacionais, de enfermagem, entre outros (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O resultado deste processo é uma teoria que emerge das relações estabelecidas entre os conceitos descobertos, sobretudo aquelas relativas a fenômenos específicos, denominadas teorias substantivas (SOUSA, 2008).

4.2 O LOCAL DO ESTUDO

Segundo dados do Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), atualmente o Estado de Santa Catarina possui 20 hospitais públicos cadastrados para atendimento em UTIN, totalizando 144 leitos, distribuídos em 18 no Extremo Oeste, 07 no Sul, 36 no Vale do Itajaí, 23 no Nordeste, 09 no Planalto Serrano, 10 no Planalto Norte, 13 no Meio-Oeste e 28 na Grande Florianópolis (DATASUS, 2012).

Dentre estes, escolheu-se como cenário inicial do estudo o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, inaugurado em 1980, totalmente público. Foi concebido na perspectiva do trinômio ensino, pesquisa e extensão. Além disso, é centro de referência do Método Canguru na região sul pelo Ministério da Saúde. Tal escolha se processou pelo fato de que este local evidenciou as necessidades e justificativas para a realização da pesquisa.

A maternidade, a qual a referida unidade está inserida, foi inaugurada em 1995, sendo atualmente reconhecida no país como Centro de Excelência em assistência obstétrica. Possui 117 leitos, incluindo os seguintes setores/unidades: ginecologia e triagem obstétrica, Centro Obstétrico (CO), Alojamento Conjunto (AC), Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM), lactário, unidade de neonatologia e o hotelzinho. Este último destina-se a receber puérperas, com alta obstétrica, cujos filhos permanecem internados na unidade neonatal, permitindo seu acompanhamento ao bebê na UTIN além de estimular e favorecer o aleitamento materno. Destaca-se por adotar desde sua inauguração, uma filosofia diferenciada criada por uma equipe interdisciplinar, baseada em pressupostos humanísticos.

Pressupostos estes, que estão de acordo com a proposta de atenção humanizada ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso – Método Canguru, regulamentada pelo Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2011). Em decorrência disso, foi credenciada pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência da Região Sul.

A UTIN, criada em outubro de 1995, conta com um total de 16 leitos, sendo 06 de UTI, 06 de cuidados intermediários e 04 de alojamento canguru. Conta com uma equipe de 09 enfermeiras, 38 técnicos/auxiliares de enfermagem e 11 neonatologistas, além de dispor

de escriturário, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, nutricionista e serviço social. Porém, desde 2012, a UTIN entrou em reforma na sua área física e encontra-se em ambiente provisório na unidade pediátrica contando com 06 leitos desde o início da reforma e redução da equipe de enfermagem. Em janeiro de 2014, com o atraso da finalização da obra, permanece no mesmo ambiente e com limitação de vagas.

4.3 SUJEITOS

Adotando a amostragem teórica preconizada na TFD, neste estudo a coleta de dados foi realizada a partir da formação de grupos amostrais. Significa que a amostragem, em vez de ser predeterminada antes de iniciar a pesquisa, se desenvolveu durante o processo.

Consiste na coleta de dados guiada pelos conceitos que surgiram no processo de investigação, através das comparações entre os dados, tendo como objetivo procurar locais, pessoas ou fatos que maximizem oportunidades de descobrir variações entre conceitos e de tornar densas categorias em termos de suas propriedades e de suas dimensões (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A amostragem teórica não é predeterminada antes do início da pesquisa, ela se desenvolve e é estipulada durante o processo. Baseou-se nos conceitos e hipóteses que surgiram a partir da análise e que pareciam ter relevância para o fenômeno de interesse do pesquisador. O objetivo da amostragem teórica é maximizar oportunidades de comparar fatos, incidentes ou acontecimentos para determinar como uma categoria varia em termos de suas propriedades e de suas dimensões. Amostragem e análise devem ocorrer sequencialmente, com análise guiando a coleta de dados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O critério geral que guiou a inclusão dos sujeitos foi o fato de estarem relacionados ao objeto de estudo proposto. Outros fatores pré-estabelecidos foram considerados: exercer há pelo menos seis meses a função na instituição e participar das práticas de cuidado ao neonato na instituição. O único critério de exclusão foi a desistência de participação, uma vez que foi dado ao sujeito o direito de decidir ser sujeito do estudo, bem como voltar atrás a qualquer etapa da mesma, conforme Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

Foi elencado, para composição do primeiro grupo amostral, 06 enfermeiras (E1-E6) atuantes na assistência direta na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em questão. As questões norteadoras da entrevista semiestruturada para este primeiro grupo foram: Como você vivencia as relações e interações dos profissionais da enfermagem e da

saúde na organização do cuidado de enfermagem no lidar com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato em unidades de terapia intensiva neonatal? Quais os significados dessas vivências, tida por você como melhores práticas a esses bebês pré-termos?

Os demais grupos amostrais foram constituídos pela associação dos conceitos emergentes e a sensibilidade do investigador perante os dados do primeiro grupo. Portanto, novos sujeitos foram incluídos, a partir da coleta e da análise dos dados, conforme prevê a metodologia da TFD, pois, as hipóteses levantadas conduziram a composição dos grupos amostrais e contextos.

Seguindo esta estrutura, o segundo grupo amostral foi formado por 06 profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem (T1-T6), emergindo da manifestação dos enfermeiros quanto a importância das relações e interações humanas no exercício das práticas de cuidado, e teve acrescentada questionamentos como: Como você vivencia e lida com os demais profissionais da equipe de saúde e familiares ao pensar/organizar o cuidado em UTIN? Como percebe e promove a interação, ao prestar seu cuidado?

A partir das respostas obtidas, ampliou-se a perspectiva em relação à vivencia das relações e interações no modo organizativo deste cenário de cuidado. Neste grupo, avançou-se significativamente em diversos conceitos e hipóteses geradas em relação ao perfil dos profissionais de enfermagem e demais atores da equipe de saúde, valorização profissional, conflitos no exercício da liderança e inserção da família no contexto do cuidar do bebê pré-termo, fragilidades do sistema hospitalar e necessidades de avançar na implementação de melhores práticas neste contexto.

Tendo a compreensão acerca da interdependência dos profissionais de enfermagem e de saúde de uma unidade fechada, onde há grande movimento de pessoas que integram esse ambiente, seja de profissionais, de pacientes, de familiares, entre outros, sentiu-se a necessidade de compreender como os profissionais da equipe multiprofissional experienciam e significam as relações no processo de organização cuidado, visando a comparação e aprofundamento dos dados. Assim, o terceiro grupo foi formado por 05 profissionais de saúde (medicina, psicologia, fonoaudiologia, assistência social, nutrição) que atuam diretamente na UTIN (I1-I5).

O quarto grupo amostral por 05 familiares (M1-M5) que tinham vivenciado a experiência de ter seu filho internado em UTIN, para apresentar sua perspectiva em relação às articulações/trocas emergentes na construção e prestação de uma assistência mais sensível e singular.

Com este grupo, foi possível fortalecer categorias e refinar as relações entre os diversos componentes do estudo.

O tamanho da amostra teórica foi determinado pela saturação dos dados, ou seja, a saturação ocorreu quando as informações começaram a se repetir, composto por quatro grupos amostrais e totalizando em 22 participantes.

No quadro 1 é possível observar a caracterização dos participantes do estudo, respectivamente ao tempo de atuação na instituição e nível de formação profissional. A descrição dos participantes está organizada por grupo amostral.

Quadro 1: Caracterização dos participantes do estudo

Grupos Amostrais (GA)	Participante	Atuação no hospital (anos)	Nível de formação
1°. GA	06 Enfermeiros	02 à 26 anos	02 especialistas, 03 mestres, 01 doutor
2°. GA	06 Téc/Aux de enfermagem	07 à 18 anos	06 profissionais de nível médio
3°. GA	05 Membros da equipe de saúde	04 à 20 anos	02 especialistas, 02 mestres, 01 doutor
4°. GA	05 mães	Não se aplica	02 com ensino fundamental, 02 com ensino médio, com 01 ensino superior

Fonte: Elaboração pelo autor.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo recebeu aprovação da Instituição para realização do mesmo em 07 de maio de 2012 (Anexo A). Aos sujeitos do estudo foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, sendo uma da pesquisadora e outra de sua posse (Apendice A e B). Neste Termo constam os aspectos éticos garantidos conforme preconiza a Resolução 196/96 que norteia a prática da pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

Neste sentido, os sujeitos foram esclarecidos acerca do objetivo, relevância do estudo e acerca das questões éticas, aqui apresentadas: direito de decidir colaborar ou não com o estudo, bem como de desistir a qualquer momento dele, podendo retirar seu consentimento; direito de ter informações sobre a pesquisa a qualquer momento por meio de contato por email e telefone da pesquisadora responsável; direito ao anonimato e da privacidade das informações, de modo que os resultados serão apresentados em eventos científicos, na tese e em artigos e/ou livros sem que haja identificação dos sujeitos; informação de que nada será pago pela participação no estudo para os sujeitos ou pesquisadora; que apesar de não oferecer benefício direto e do desconforto, por conta da falar sobre a temática ou do tempo despendido para coleta de dados, acreditou-se que os resultados contribuirão para oferecer subsídios para compreender a gerência das práticas de cuidado de enfermagem em UTIN, melhorando assim a qualidade do cuidado prestado pela equipe interdisciplinar.

Após a qualificação do projeto de tese, o mesmo foi encaminhando para submissão e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sendo aprovado sob o n. 34548 (Anexo B).

4.5 A COLETA DE DADOS

Foi utilizada para coleta de dados, a entrevista semiestruturada, realizada individualmente, gravada através de gravador digital, convertida em arquivos tipo *.wav*, armazenada em mídia digital e transcritas na íntegra, utilizando *Microsoft® Office Word* e inserida no software *NVIVO®*. Ocorreu no local de trabalho ou em outro ambiente da escolha do participante, no período de maio a agosto de 2012.

O passo seguinte foi a validação da entrevista, o qual esta já estava transcrita e foi devolvida ao participante para que fosse lida e caso sentisse a necessidade de esclarecer algumas de suas respostas seria proposto um novo encontro. Caso houvesse necessidade deste segundo encontro, ele seria utilizado como oportunidade para retomar a entrevista e ampliar o entendimento não só sobre as lacunas indicadas pelo participante, como também, sobre determinados conceitos que necessitasse melhor compreensão, entretanto isto não ocorreu.

4.6 A ANÁLISE DOS DADOS

A estratégia metodológica utilizada para a análise dos dados foi a Análise Comparativa. Consiste no processo dinâmico em que os dados são coletados e constantemente comparados entre si, entre eles e os códigos, entre os códigos e os conceitos, entre os conceitos e as categorias. Para tanto, uma das qualidades/habilidades do investigador, ao utilizar a TFD, é a sensibilidade teórica, que é a capacidade de atribuir significados aos dados. É a capacidade de entender e separar aquilo que é importante para o estudo, em um processo que permita um avanço no conhecimento (SOUSA, 2008).

Strauss (1987) diz que três aspectos da análise comparativa são imprescindíveis ao utilizar a TFD: a *indução*, que se refere às ações que levam à descoberta de uma hipótese, a ter uma intuição e, então, transformá-la em hipótese, provisória e condicional; a *dedução*, que consiste em apreender as implicações que proveem das hipóteses com o propósito de verificação; por fim, a *verificação*, que consiste em descobrir a total ou parcial qualificação de uma hipótese ou sua negação.

Portanto, tão logo iniciada a coleta de dados, procedeu-se a codificação ou análise dos mesmos, auxiliada pelo software NVIVO®. A análise substantiva dos dados foi feita através da codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva.

4.6.1 Codificação aberta

Ao iniciar a análise, realizou-se um exame microscópico dos dados, denominado microanálise. Consiste em uma análise linha por linha, necessária no começo de um estudo, para gerar as categorias iniciais e para sugerir relações entre as categorias. Requer, do pesquisador, que aprenda a ouvir, deixando que os dados falem com ele (STRAUSS; CORBIN, 2008). Strauss e Corbin (1991) escrevem que a codificação compreende o conjunto de operações realizadas para a análise comparativa dos dados.

Este processo de análise inicial denomina-se codificação aberta, por meio do qual os conceitos são identificados e suas propriedades e suas dimensões são descobertas nos dados (STRAUSS, 2008). Nesse processo, os procedimentos de codificação envolveram o desmembramento em partes de todos os dados. Os códigos surgidos foram agrupados em ramificações por similaridade e diferenças. Em

seguida, foram separados os códigos, componentes, e feitos os agrupamentos das subcategorias e categorias (BETINELLI, 2001).

No quadro 2: Codificação aberta da Entrevista 7 (exemplo escolhido aleatoriamente), estão apresentados alguns exemplos de codificação, realizados pela pesquisadora.

Quadro 2: Codificação aberta da Entrevista 7.

Entrevista 07	Códigos preliminares
Aqui o cuidado é bem diferente porque é mais humanizado, eu acho que outra instituição não tem tanta preocupação em tudo ao redor, se bem que aqui é a mãe é o bebê, é a mãe né?! Acho que é mais, não é obrigação, mas é mais, tem que se cuidar da mãe e do bebê, porque a mãe é o suporte pro bebê naquele momento e a gente é o suporte da família né?! em relação ao bebe. Então eu acho que é um trabalho bem complexo, eu acho que todos os profissionais, todas as áreas também estão bem envolvidas, nós temos um suporte bem legal né?! Da parte humanizada assim.	VII.367 acreditando que no HU o cuidado é mais humanizado VII.368 percebendo que na Neo o cuidado envolve mãe e bebê VII.369 tendo que cuidar da mãe e do bebê VII.370 vendo que a mãe é suporte para o bebê VII.371 vendo que a enfermagem é suporte para a família VII.372 percebendo o trabalho em UTINeo como complexo VII.373 percebendo que todas as áreas multiprofissionais estão envolvidas no cuidado em Neo VII.374 oferecendo um suporte humanizado ao cuidar em Neo

Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2012.

4.6.2 Codificação axial

É o conjunto de procedimentos e atividades nos quais os dados são agrupados de maneiras novas, sendo feitas as conexões entre as categorias (BETINELLI, 2001). Reagrupa os dados que foram divididos durante a codificação aberta. As categorias são relacionadas às suas subcategorias para gerar explicações mais precisas e completas sobre os fenômenos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A codificação axial implica em algumas tarefas básicas: acomodar as propriedades de uma categoria e suas dimensões, desde a codificação aberta; identificar a variedade de propriedades (condições,

ações/interações, consequências,...) associadas ao fenômeno; relacionar uma categoria com suas subcategorias; buscar indícios nos dados de como as categorias principais podem relacionar-se entre si (STRAUSS; CORBIN, 2002).

Ao fazer esse nível de associações entre categorias, os autores sugerem construir um esquema para organizar e explicar as conexões emergentes. A esse esquema organizacional, os autores chamam de paradigma (SOUSA, 2008). Trata-se de uma estrutura analítica que “ajuda a reunir e a ordenar os dados sistematicamente, de forma que estrutura e processo sejam integrados” (STRAUSS, CORBIN, 2008).

A seguir, apresenta-se um exemplo de elaboração de conceitos e de organização das subcategorias e categorias:

Quadro 3: Elaboração dos conceitos da Entrevista 3

Códigos preliminares	Conceitos
III.97 facilitando o acesso aos pais na UTIN	Partilhando o cuidado com a família
III.105 percebendo que pode articular para que a mãe se insira no processo de manusear seu bebê	Inserindo a família no ambiente de UTIN
III.106 percebendo que pode articular para que a mãe se insira no processo de prestar o cuidado ao neném	

Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2012.

Quadro 4: Elaboração de categoria a partir de subcategorias

Subcategorias	Categoria
Envolvendo atitudes de carinho e sensibilidade no cuidado Tendo que lidar com o extremo entre vida e finitude Atribuindo a linguagem do pré-termo como peculiar, difícil e complexa Encontrando particularidades por ser ambiente fechado	Apontando especificidades no cuidar em UTIN

Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2012.

4.6.3 Codificação seletiva

A codificação seletiva tem por finalidade desenvolver a categoria central, relacionando-a com as outras categorias, pela análise sistemática. Todas as categorias e subcategorias, anteriormente encontradas, foram continuamente comparadas e analisadas com o objetivo de integrar e de refinar a teoria e assim emergir a categoria central (SOUSA, 2008).

Com a identificação das categorias, o passo seguinte visa o desenvolvimento do modelo de integração, que é a integração e ligação entre as categorias, analisadas de forma sistemática. É um ir e vir em todas as etapas anteriormente construídas, agrupando e reagrupando as categorias (BETINELLI, 2001).

Ao emergir o esquema teórico, o pesquisador está pronto para refinar a teoria, podando os excessos e completando as categorias mal desenvolvidas. Finalmente, a teoria é validada através da comparação com dados brutos, ou de sua apresentação aos participantes para ver a reação deles (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Conforme preconizam os autores da TFD, o próximo passo desse processo de tratamento e análise dos dados é a construção de uma teoria sobre o fenômeno que está sendo estudado. As últimas etapas do processo metodológico da TFD consistem, portanto, na ordenação e na integração para a formulação da teoria. A primeira consiste em ordenar o conteúdo para a formulação e a apresentação textual da teoria (SOUSA, 2008). A integração diz respeito à organização cumulativa dos componentes da teoria (CHARMAZ, 2009; GLASER, 1978; 2005; STRAUSS, 1987; STRAUSS, CORBIN, 1994; 1998; 2002; 2008), a partir de ordenamentos conceituais. Para Strauss e Corbin (2008), “teorizar é um trabalho que implica não apenas conceber ou intuir ideias (conceitos), mas também formular essas ideias em um esquema lógico, sistemático e explanatório”.

A teoria configura-se como um conjunto de conceitos articulados e inter-relacionados, que explicam um fenômeno social. Portanto, a TFD vai além do ordenamento conceitual e contribui como passo importante para o desenvolvimento de um campo de conhecimento. A “teoria é mais que um conjunto de resultados; ela oferece uma explicação sobre os fenômenos”, e o valor é fornecer informações ou uma perspectiva sobre um fenômeno e também ajudar a gerar questões teóricas (SOUSA, 2008).

Para Mello (2005), os achados da investigação com a TFD ultrapassam a condição de meros ordenamentos conceituais e convertem-se em teoria a partir da relação entre conceitos. Para tal, o investigador precisa desenvolver um processo que envolve ações de coletar dados, tomar notas e analisar.

4.7 MEMORANDOS E DIAGRAMAS

Denomina-se memorando as anotações analíticas tidas como informais, realizadas pelo pesquisador durante o processo de análise. Os memorandos projetam, registram e detalham o processo de análise dos dados, uma vez que desembaraça o trabalho analítico propriamente dito, acelerando a produtividade (CHARMAZ, 2009).

A redação dos memorandos constitui um método crucial da TFD pois incentiva a analisar os dados e os códigos no início do processo da pesquisa. Redigir memorandos sucessivos em todas as partes do processo de pesquisa mantém o pesquisador envolvido na análise, bem como ajuda a elevar o nível de abstração de ideias (CHARMAZ, 2009).

Assim, a redação dos memorandos ocorreu de forma espontânea e foi contemplada desde o início da coleta de dados até o fim dos relatos da pesquisa, auxiliando nas reflexões sobre os dados.

Já os diagramas são mecanismos visuais que desenham as relações entre os conceitos e mostram a densidade e a complexidade da teoria (STRAUSS; CORBIN, 2002; 2008). São representações gráficas de um esquema analítico (GLASER, 2005).

A seguir, estão apresentados alguns modelos de memorandos e diagramas.

Quadro 5: Memorando relativo ao grupo amostral 1.

Memorando 14 – A vivência de longos períodos de internação em UTIN

Longos períodos de internação permitem que os pais, por passarem muitas horas na unidade neonatal, passem a conhecer parte de sua rotina. A equipe também permite relações de maior proximidade. Os pais passam a comparar e reviver histórias a cada nova internação de outro bebê na unidade. Além do desgaste físico e emocional, se envolvem nas condutas baseados em conhecimentos empíricos, além de algumas vezes, se envolverem com o quadro clínico/história de outros bebês/famílias internados – o que gera relações de amizade, laços de apoio mútuo, mas também sobrecarga e envolvimento emocional em

várias realidades e situações muitas vezes delicadas.

Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2012.

Figura 3: Diagrama elaborado a partir da categoria 6.



Fonte: Elaboração pelo autor.

4.8 VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO

A validação do modelo é um critério fundamental e de imprescindível importância para consolidar a pesquisa e expressar todo o rigor científico necessário à um estudo (STRAUSS; CORBIN, 2008). Ao término do desenvolvimento do modelo teórico, o mesmo foi encaminhado para apreciação e validação das categorias com suas relações mútuas e com o fenômeno central do estudo. A validação foi realizada na etapa final do estudo, durante a codificação seletiva dos dados, por sete membros do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde (GEPADES) experts no método utilizado, mestrandos e doutorandos, que analisaram a estruturação do modelo, suas categorias e suas respectivas subcategorias. A partir da validação, surgiram algumas sugestões relacionadas ao nome das categorias, as quais foram acolhidas, determinando a configuração final do modelo teórico.

Cabe destacar que por ocasião do doutorado sanduiche na Universidade de Osnabrück/Alemanha, parte da análise dos dados foi validada junto ao professor Andreas Büscher, permitindo aprofundamento teórico da TFD bem como reflexão minuciosa sobre as entrevistas realizadas, cujo relatório encontra-se no Anexo C.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresentam-se os resultados emergentes da trajetória de investigação percorrida, possibilitando ao leitor visualizar o percurso de análise dos dados para compreender a gerência das práticas de cuidado em UTIN, na forma de artigos científicos, conforme estabelece a Instrução Normativa n. 10, de 15 de junho de 2011, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, conforme exposto no quadro abaixo:

Quadro 6: Artigos científicos elaborados a partir dos resultados da Tese

Título	Objetivo
Gerência do cuidado de enfermagem: Incorporando melhores práticas em uma unidade de terapia intensiva neonatal	Compreender a organização das práticas de cuidado de enfermagem em UTIN a partir dos significados atribuídos pelos profissionais da Equipe de Enfermagem e demais atores envolvidos (família e demais profissionais de saúde) sobre as relações e interações do cuidado no lidar com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato em uma UTIN. E, desta compreensão, construir uma matriz teórica do sistema/organização de cuidado de Enfermagem em UTIN que incorpore os processos de construção/desenvolvimento de melhores práticas nesse cenário/contexto de cuidado.
O cuidado de enfermagem em uma UTIN: especificidades e implicações ao bebê pré-termo	Compreender a organização das práticas de cuidado de enfermagem em UTIN a partir dos significados atribuídos pelos profissionais da Equipe de Enfermagem e demais atores envolvidos (família e demais profissionais de saúde) sobre as relações e interações do cuidado no lidar com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato

	destacando as especificidades do cuidado de enfermagem em UTIN e respectivas consequências.
--	---

Fonte: Elaboração pelo autor.

Coube ao pesquisador o exercício de conciliar o rigor científico com a criatividade emergente dos dados coletados, organizando-os de modo a possibilitar o alcance dos objetivos traçados neste estudo. Para que o leitor tenha conhecimento detalhado dos achados que originaram esses manuscritos e tenha maior entendimento do contexto geral do estudo, julgou-se pertinente também a apresentação descritiva dos resultados a partir da pesquisa.

A partir do processo de codificação e categorização dos dados, construiu-se o fenômeno “**Gerência do cuidado de enfermagem: incorporando melhores práticas em uma unidade de terapia intensiva neonatal**”, fundamentado pela articulação de seis categorias e dezesseis subcategorias. As categorias foram elaborados a partir dos dados e à luz dos pressupostos teóricos adotados neste estudo, ou seja, não foram pré-selecionadas conforme estabelece a abordagem da TFD. As categorias com suas respectivas subcategorias estão apresentados no quadro abaixo.

Quadro 7: Apresentação das categorias, das subcategorias e do fenômeno.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
COMPREENDENDO AS ESPECIFICIDADES NO CUIDAR EM UTIN	1. Envolvendo atitudes de carinho e sensibilidade no cuidado 2. Considerando a linguagem do bebê pré-termo como peculiar e complexa 3. Identificando particularidades do cuidado em um ambiente fechado 4. Tendo que lidar com o limiar entre vida e finitude
IDENTIFICANDO ATITUDES/COMPORTAMENTOS NA GERÊNCIA DO CUIDADO EM UTIN	5. Considerando as atitudes/aspectos pessoais na atuação profissional 6. Atuando como

	gerente do cuidado 7. Valorizando a sistematização da assistência de enfermagem
PARTILHANDO O CUIDADO COM A FAMÍLIA AO INSERÍ-LA NA UTIN	8. Envolvendo a família nos cuidados 9. Avaliando necessidades e prioridades de cada família 10. Estabelecendo vínculos em consequência dos longos períodos de internação
BUSCANDO QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL PARA LIDAR COM A COMPLEXIDADE DO CUIDADO EM UTIN	11. Buscando atualização acerca dos avanços científicos e tecnológicos 12. Realizando pesquisas científicas a partir do cotidiano assistencial
PROMOVENDO O TRABALHO EM EQUIPE: LIMITES E POSSIBILIDADES	13. Compartilhando os processos decisórios 14. Identificando divergências na adoção de condutas assistenciais
IMPORTANDO-SE COM AS REPERCUSSÕES DO CUIDADO AO BEBÊ PRÉ-TERMO EM AMBIENTE CRÍTICO E TECNOLÓGICO	15. Considerando a importância da prevenção de sequelas e danos 16. Conciliando tecnologia e intercorrências com cuidado sensível/frágil/delicado
FENÔMENO:	
GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM: INCORPORANDO MELHORES PRÁTICAS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	

Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2013.

5.1 CATEGORIA1: COMPREENDENDO AS ESPECIFICIDADES NO CUIDAR EM UTIN

Quadro 8: Categoria 1: Compreendendo as especificidades no cuidar em UTIN e suas subcategorias

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
COMPREENDENDO AS ESPECIFICIDADES NO CUIDAR EM UTIN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Envolvendo atitudes de carinho e sensibilidade no cuidado 2. Considerando a linguagem do bebê pré-termo como peculiar e complexa 3. Identificando particularidades do cuidado em um ambiente fechado; 4. Tendo que lidar com o limiar entre vida e finitude

Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2013.

5.1.1 Envolvendo atitudes de carinho e sensibilidade no cuidado

O que se encontra ao conhecer o ambiente existente em uma UTIN é um cenário de cuidado diferenciado, singular. Enxergar fios, respiradores mecânicos, bombas de infusão, sondas e cateteres conectados a um bebê, frágil e debilitado, evoluindo dia a dia para o processo de amamentação, o primeiro toque dos pais, primeiro contato pele-a-pele, mostra que o cuidado pede singularidade e sensibilidade.

O cuidado se manifesta e acontece em diferentes níveis de complexidade/gravidade, de maneira concomitante. Por um lado, vemos um bebê grave, sedado, entregue ao suporte tecnológico, dentro de uma incubadora umidificada, que exige até certo esforço para perceber que ele está lá, delicado, instável, onde minutos equivalem a horas. Sua pele é tão frágil que até uma assepsia para uma punção venosa pode causar queimadura química. Por outro lado, a alguns passos, pode-se observar um bebê no seu primeiro ensaio em ser amamentado, requerendo habilidade e paciência do profissional em ser um coadjuvante entre mãe e filho, que precisam se reconhecer e entrar em sintonia para que o aleitamento se estabeleça com satisfação e sucesso.

A imprevisibilidade permeia o cuidado neonatal, nas suas diferentes configurações e momentos, em seus diferentes níveis de

complexidade, porém no mesmo grau de importância. Neste contexto, tanto o êxito em uma punção venosa quanto auxiliar uma mãe a realizar sua primeira troca de fraldas possuem o mesmo valor. Assim, que emergem relações de troca, interdependentes e integradas, buscando o ajuste e sintonia nestes diferentes modos de cuidado, prestados de forma concomitante e singular.

Partindo desta realidade, a equipe de saúde tem buscado desenvolver cada vez mais a destreza ao lidar com a gravidade/fragilidade do bebê pré-termo, conferindo atitudes de carinho, delicadeza e sensibilidade enquanto cuida, mesmo diante de situações de emergência. Este processo é uma constante, observada pelos profissionais atuantes neste cenário e reiterado pelo reconhecimento dos pais de bebês que necessitaram de cuidados de UTI.

Eu vejo assim a relação do cuidado com o carinho junto, carinho a relação que cuidam do cliente que é o bebê tem uma relação muito mais próxima, o bebê é cuidado com uma forma com mais atenção, com mais carinho, mais humanização, mas eu acho que não é só isso, é também como a equipe vê o paciente (E2).

Se tu trabalha bem e com carinho e não sobrecarregado porque tens que trabalhar ali, tu faz acontecer entendeu?! Tu faz com que as coisas se desenvolvam tanto a técnica, como a tua paciência, como o convívio com parentes, no caso pai e mãe (T4).

Eu tenho que focar na atenção, naquele ser, que é um ser em desenvolvimento e se minha atenção naquela hora for inadequada eu posso estar prejudicando este bebê que está em processo de modelar essas criaturas pra no futuro poder viver com mais afetividade (I2).

Tem que se cuidar da mãe e do bebê, porque a mãe é o suporte pro bebê naquele momento e a gente é o suporte da família (T1).

5.1.2 Considerando a linguagem do bebê pré-termo como peculiar e complexa

Este cenário, configurado em uma unidade de terapia intensiva, atende bebês graves dos quais muitos são pré-termos e inspiram cuidados particulares e individualizados. Simultaneamente ao atendimento imediato e preciso que a gravidade exige, o profissional necessita considerar a fragilidade que o neonato possui, pois caso não o faça, resultará em graves sequelas – irreversíveis em sua maioria - e de até mesmo sua morte. Esta característica revela uma realidade que engloba habilidades técnicas e individualização do cuidado prestado.

O olhar clínico se desenvolve na medida em que se assimilam conhecimentos teórico-práticos acerca da especificidade perinatal. Entretanto, associar a atenção humanizada nasce através de uma mudança de paradigma que vem estabelecendo-se ao longo dos anos ao considerar o bebê como protagonista e não como objeto de cuidado, além de incluir sua família – considerando seus aspectos culturais, psicológicos e sociais – ao prestar o cuidado.

Na medida que este novo paradigma se estabelece, desconstruindo e reconstruindo as práticas assistenciais, contata-se a importância das relações e interações entre bebê, família e equipe. Conhecer e reconhecer os sinais, estabelecer diálogos e trocas, promove o cuidado humanizado almejado. Ora sobressaindo o conhecimento profissional, ora o apego, o vínculo, a crença da família, caminhando de maneira a criar uma harmonia que favoreça a saúde e minimize a dor, fragilidade, cansaço comuns ao neonato, seus familiares e equipe.

A partir destas vivências, singulares, a equipe de enfermagem aponta a linguagem do bebê pré-termo como peculiar, difícil e complexa, permeada pela presença simultânea de lutar pela vida e sua limitação perante a fínute.

A gente cuida de uma forma diferente é mais o carinho, o toque é uma coisa bem diferenciada da gente (T3).

Com a política do Ministério da Saúde que buscava um novo paradigma de atenção a neonatologia, passamos então, a vê-lo como sujeito, e ao vê-lo como sujeito, passamos a olhar mais pra ele e entender como são essas respostas que ele está nos dando o que ele está precisando, e oferecer o que

ele está precisando. Um dos pilares dessa situação humanizada é o atendimento individualizado, cada bebê tem uma resposta comportamental que difere do outro (I2).

O que eu vejo da UTIN, a minha paixão com a UTI neonatal é a vida chegando entende?! É a vida chegando... (I4)

5.1.3 Identificando particularidades do cuidado em um ambiente fechado

Existem alguns aspectos que conferem singularidade do cuidado prestado em UTIN – seja pela equipe, seja pelos pais/familiares. Uma característica diz respeito ao fato de ser um ambiente onde o acesso é restrito. Implica em limitar a circulação de profissionais alheios ao serviço, bem como limita que os profissionais que nela atuam se ausentem do setor e quando o fazem, é por pouco espaço de tempo, devido a imprevisibilidade que o serviço está suscetível.

Consequentemente, a relação com os demais serviços de apoio (laboratório, farmácia, radiologia) se torna distante, limitando que conheçam suas rotinas e suas realidades. A equipe da UTIN confessa não ser vista como uma terapia intensiva pelos serviços de apoio, pois observam morosidade na realização de exames, dispensação de medicamentos, o que gera conflitos e sobrecarga de trabalho, cabendo ao enfermeiro dividir-se entre a assistência ao bebê grave e em risco e a solução de assuntos burocráticos. Da mesma forma, reconhecem não saber como os serviços de apoio se organizam para atender a Instituição e quais critérios utilizam para classificar o atendimento, sugerindo que poderiam interagir e se relacionar com maior proximidade.

Outro aspecto levantado é que a equipe da UTIN durante seu turno de trabalho, por passar grande parte do tempo próxima, cria relações que vão além do profissional, com envolvimento pessoal. Dependendo de como está articulada, cria ora momentos de descontração, ora momentos de conflitos. Notamos que este grupo fechado de trabalho cria personalidade própria, características comuns, o que se estende na inserção de novos profissionais – avaliados pela sua capacidade de atuar na UTIN e se inserir neste grupo.

A questão de aceitar, de receber esses profissionais, eu sou suspeita de falar porque eu fui muito bem recebida, lógico, teve no começo

algumas pessoas que não me davam “bom dia” e eu fui conquistando aos poucos (I3).

Muitos setores aqui do HU acham que a neo é um berçário, que não tem as complexidades que tem, não sabe como é... (T1)

A gente não precisava se deslocar pra lá [farmácia], porque isso aqui é uma UTI, a UTI é prioridade entendeu?! E as vezes a gente mesmo deixou transparecer uma coisa meio berçário e que não é! Ai talvez a gente começar a mudar e fazer eles verem que estamos tratando como uma coisa séria e que nós precisamos desse apoio deles né?! (T4)

Eu acho que o serviço de apoio não conhece assim muito da importância, de todos os serviços, laboratório, raio X, banco de sangue, né?! Porque as vezes a gente pede algum hemoderivado, como eles demoram pra trazer! é por esse motivo, eu acho que as pessoas não sabem, como um serviço novo razoavelmente, tem gente que nem conhece, nem sabe o que é neonatal né?! (T6)

5.1.4 Tendo que lidar com o limiar entre vida e finitude

Os dados revelam que a cada dia mais, o bebê é considerado o foco do cuidado bem como se evidenciam os esforços e comprometimento da equipe para com a melhoria contínua da assistência prestada. A experiência profissional traz consigo, de forma indissociável, valores pessoais, crenças e, acima de tudo, a sensibilidade e expertise neste campo de saber. Esta percepção aguçada se configura como a concretização de troca, viabiliza as relações, proporcionando o cuidado único, individualizado, mas também reflete no profissional que cuida, uma vez que ele absorve, sente e vivencia emoções enquanto desenvolve suas funções.

Experenciar a vida que surge, que se inicia, coloca o profissional, neste estudo, o da Enfermagem, como ator neste momento único, independente do nível de assistência prestada. Para os pais/familiares, a angústia, a ansiedade e a necessidade de acolhimento, diante da internação de seu filho em UTIN existe, seja qual for o diagnóstico. E é neste profissional que se lança a busca por orientações, apoio e clareza da realidade por vezes inesperada.

Os dados apontam o aumento da sobrevivência em neonatologia, reflexo positivo da assistência prestada somada aos avanços tecnológicos. Mas lidar com os agravos que resultam na morte do bebê, o foco do cuidado, perpassa sentimentos de impotência e frustração. Configura-se, nesta situação, o extremo, o oposto e o indesejável no cenário da UTIN, manifestado em diferentes modos e atitudes, pois reflete o envolvimento e enfrentamento individual de cada ator envolvido neste processo.

Quanto mais tempo o bebezinho fica na unidade mais acontece a formação de apego da equipe com esse bebê, então quando ele vai a óbito há um sofrimento, não é raro quando vai a óbito um bebê dessa natureza de muito tempo de internação que as gurias vão lá pro corredor chorar, vão lá pra sala do lanche chorar, ou quando veem a família em torno (I2)

Daquela condição mobiliza nela certamente, não só a dor de ver a dor do outro, mas as suas próprias dores são evocadas ali né?! Eu acho que a gente pra trabalhar com um ambiente desse onde impera a fragilidade e o risco é eminente a gente tem que estar supostamente bem trabalhado fora daqui com as nossas histórias pessoais (I2)

Figura 4: Diagrama representativo da categoria 1



Fonte: Elaboração pelo autor.

5.2 CATEGORIA 2: IDENTIFICANDO ATITUDES /COMPORTAMENTOS NA GERÊNCIA DO CUIDADO EM UTIN

Quadro 9: Categoria 2: Identificando atitudes/comportamentos na gerência do cuidado em UTIN e suas subcategorias.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
IDENTIFICANDO ATITUDES/COMPORTAMENTOS NA GERÊNCIA DO CUIDADO EM UTIN	1. Considerando atitudes/aspectos pessoais na atuação profissional 2. Atuando como gerente do cuidado 3. Valorizando a sistematização da assistência de enfermagem

Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2013.

5.2.1 Considerando atitudes/aspectos pessoais na atuação profissional

Ao nos debruçarmos sobre os aspectos que fundamentaram o surgimento da Enfermagem enquanto profissão, pode-se compreender as suas influências ao longo dos anos no modo de cuidar e de se colocar cada vez mais em condições de igualdade na equipe multidisciplinar, passando do foco caritativo e religioso para a prática com embasamentos científicos, incorporando uma nova identidade e autonomia ao atuar na saúde.

Tais transformações em sua prática se configuram como um processo de ressignificação de sua identidade profissional, de forma gradativa e nem sempre homogênea e linear. A busca pela essência no tocante a esta identidade é permeada pelas mudanças, pelas diferenças e até mesmo por conflitos, pois o exercício profissional da enfermagem envolve a subjetividade do cuidado do outro com a gerência de sua prática, fundamentado muitas vezes em fundamentos administrativos que visam normas e rotinas bem como estabelecimento de metas.

Nestas relações de proximidade que permeiam o cotidiano da enfermagem, evidencia-se a influência de valores enquanto o cuidado em saúde acontece. A individualização deste cuidado propicia o

estreitamento e as interações se baseiam na interferência direta de aspectos culturais, psicológicos e sociais, interferindo na objetividade da gerência das práticas de cuidado previamente estabelecidas.

Os dados apontam que estas mudanças na identidade profissional do enfermeiro ainda necessitam de maior envolvimento e valorização, desde a sua formação, diante da necessidade de buscar embasamento crítico-reflexivo em suas ações e decisões dentro da gerência de sua prática, considerando o seu comprometimento com os aspectos gerenciais que seu papel o confere.

A gente ter que ser exemplo pra todas as situações, então eu acho que algumas coisas eu penso que talvez a gente tivesse que resgatar também na formação (E1).

Cada gerência tem um papel fundamental na organização, mas as enfermeiras tem que estar unidas em relação a isso, se elas não estiverem num objetivo comum em prol de algumas coisas, isso fica difícil, porque a maioria dos setores, nem todos os setores... é muito difícil ter essas enfermeiras geralmente com pensamento “vamos levar a unidade pra frente” (E2).

Mas eu sei querendo ou não a gente acaba tendo alguma coisa aqui dentro do hospital que faz parte da nossa vida pessoal, da nossa personalidade, nossas qualidades, nossos defeitos, a nossa história, a nossa própria formação, e a gente trabalha como profissional com os bebês, mas a gente acaba passando muito dos nossos anseios, receios, medos, sentimentos de amor, de apego e atenção aos bebês e às famílias (E4).

5.2.2 Atuando como gerente do cuidado

Quando voltamos nosso olhar para as transformações provocadas e sofridas pela enfermagem ao longo dos últimos anos, identificamos seu reflexo em todas as esferas de cuidado em saúde, sobretudo nos aspectos gerenciais.

Os dados apontam que o enfermeiro é visto como articulador não apenas pela sua equipe e/ou em seu turno de trabalho mas pelos demais

profissionais que compõem o serviço interdisciplinar. Atribuição que lhe é conferida e nem sempre declarada, emergindo a necessidade de melhor instrumentalização e comprometimento no seu papel enquanto gerente do cuidado.

Trazendo esta realidade para junto do pensamento complexo, podemos compreender com maior facilidade que as condutas tomadas ou não pelo enfermeiro interferem na assistência em saúde, seja em desenvolver uma análise crítica, identificar os problemas ao seu redor, tomar decisões, planejar e implementar o cuidado e motivar os profissionais da equipe de saúde. Da mesma forma, tais processos por estarem intrinsecamente ligados, interferem no ser enfermeiro enquanto ser humano e profissional, influenciando sua construção da autonomia profissional no processo de cuidar.

A nossa formação é crítico-reflexiva, mais que técnicas em alguns aspectos e outras escolas que é mais o técnico que se sobressai do que o crítico reflexivo e aí eu acho que a gente tem que buscar aliar essa questão ser crítico, ser reflexivo, mas também técnico. Essa questão de ter uma formação técnica sólida é extremamente importante, o enfermeiro não precisa ter, na minha avaliação, a destreza, porque a destreza ele vai ter ao longo do seu desenvolvimento enquanto enfermeiro, mas ele tem que saber pra poder argumentar, e as vezes eu penso que nós somos frágeis na questão da argumentação (E1).

Um bom chefe pra mim é aquele que se envolve na assistência, ele tem que estar junto por quê? Porque ele vai saber pedir material, porque ele vai saber como é que está o nível de complexidade daqueles pacientes, se precisa de mais fralda, menos fralda se precisa disso ou daquilo por conta da assistência, se ele está envolvido na assistência ele também tem a equipe junto com ele (E1).

Eu acho que o chefe tem um papel primordial no sentido de também ajudar a contar para as pessoas o que é essa instituição, as dificuldades que se tem na instituição, as dificuldades que se tem no gerenciamento da instituição, as facilidades que por ventura a gente pode ter também, buscar esses caminhos para facilitar um pouco mais as coisas, então na minha avaliação a chefia ela tem um papel

de articulação muito importante, e aí a articulação interna, tanto no serviço, entre os diversos turnos, [...] trabalhar inicialmente aquela articulação dos diversos turnos e depois a articulação com os outros serviços, isso é imprescindível (E1).

Todos os enfermeiros tem que participar de toda a questão da organização da unidade pra que funcione (E2).

O papel da chefia é um papel de liderança, de gerenciamento ali, se está funcionando ou não está funcionando, tem que puxar aqui, vou puxar aquele que está menos, está fazendo fora do que a gente padronizou, alguma coisa assim, mas eu vejo que o grupo em si tem que acreditar, o grupo inteiro, principalmente os enfermeiros (E2).

Como enfermeiro estar atento a tudo o que está passando na unidade e primar pela qualidade da assistência que a gente tem recursos humanos suficientes, necessários para o que eu digo, ter uma qualidade, qualidade não, excelência na assistência ao meu ver, e isso eu tento resgatar no cotidiano com os funcionários (E6).

5.2.3 Valorizando a sistematização da assistência de enfermagem

A enfermagem da Instituição pesquisada possui implementado a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), oportunizando o planejamento do cuidado a partir do conhecimento científico, trazendo o olhar da enfermagem para a sua prática e possibilitando ao enfermeiro exercer sua autonomia profissional.

Respeitando a realidade e especificidade de cada setor, por meio da SAE, o enfermeiro possui as ferramentas para exercer atividades de planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem, prestando um cuidado individualizado. Em neonatologia, considerando suas particularidades, a SAE convida ao fortalecimento da autonomia do enfermeiro, fortalecendo o conhecimento científico atrelado as necessidades e singularidades de cada bebê pré-termo e sua família. Os entrevistados apontam a necessidade de resgatar a importância da SAE no cotidiano do trabalho da enfermagem, diante das suas importantes contribuições.

É o olhar da enfermagem para o fazer da enfermagem, não é o olhar da enfermagem para o

fazer de outros profissionais, é para o nosso fazer (E1).

A gente tem tentado resgatar ao longo, eu acho que ao longo dos últimos quatro anos, principalmente nós trabalhamos bastante nessa última gestão [...], fizemos algumas capacitações no sentido de despertar quem sabe esses enfermeiros para a questão da sistematização, a importância da sistematização para a organização do cuidado (E1)

Figura 5: Diagrama representativo da categoria 2



Fonte: Elaboração pelo autor.

5.3 CATEGORIA 3: PARTILHANDO O CUIDADO COM A FAMÍLIA AO INSERI-LA NA UTIN

Quadro 10: Categoria 3: Partilhando o cuidado com a família ao inseri-la na UTIN e suas subcategorias.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
<p align="center">PARTILHANDO O CUIDADO COM A FAMÍLIA AO INSERI-LA NA UTIN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Envolvendo a família nos cuidados 2. Avaliando necessidades e prioridades de cada família 3. Estabelecendo vínculos em consequência dos longos períodos de internação

Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2013.

5.3.1 Envolvendo a família nos cuidados

Além da presença, os entrevistados sinalizam a participação e envolvimento dos pais no cuidado em neonatologia na Instituição investigada. Cada vez mais o receio e entraves de inserir os pais em seu cotidiano de trabalho tem ficado no passado. Hoje em dia, pais ausentes ou que não interagem com seu filho e/ou equipe imediatamente chamam atenção para dificuldades em criar vínculo ou enfrentar o ambiente de UTI.

Desde a admissão de seu filho na UTIN, os pais quando presentes recebem orientações sobre o quadro clínico de seu filho e as condutas e rotinas adotadas. De forma individual e contemplando o estado emocional de cada familiar, há o estímulo para adentrarem ao ambiente da UTI e assimilarem a realidade em que seu filho está submetido, a fim de minimizar a ansiedade e stress decorrentes desta situação adversa e muitas vezes inesperada.

A UTIN em questão destaca-se por, mesmo diante de dificuldades como espaço reduzido pela reforma de estrutura, manter e reavaliar constantemente modos de permitir/favorecer/incentivar a presença da família, facilitado por ter implementado a política governamental do método canguru, que configurada como boa prática em neonatologia, oportuniza enxergar o bebê dentro do seu contexto

familiar, iniciando ali, as primeiras linhas de sua história de vida, da forma mais humanizada possível.

Eu faço esse acolhimento com essa família, eu esclareço todo o processo de como é que é o método canguru, de como é essa rede de apoio, de quais são as possibilidades que essa família tem de recursos (I1)

Nosso trabalho é acolher a família já antes do nascimento e assim que nascer então eu vejo assim com bons olhos eu acho que nós estamos encaminhando muito bem nesse sentido de incluir a família na assistência porque a gente parte do princípio que esse bebe é prematuro e a família também é prematura, porque não estavam preparados, muito menos desejosos em ter um filho prematuro (I2)

Tem que se cuidar da mãe e do bebê, porque a mãe é o suporte pro bebê naquele momento e a gente é o suporte da família (T1)

Elas [equipe de enfermagem] passam tranquilidade pra gente, dão apoio, além de cuidar, porque no começo quando está na UTI na incubadora são elas que cuidam a gente não tem contato, então assim, elas passam tranquilidade pra gente sabe?! Aquela aflição, aquela ansiedade de não saber o que acontece daqui a pouco né?! Elas tranquilizam a gente e a gente vê que é bem cuidado sabe?! (M2)

5.3.2 Avaliando necessidades e prioridades de cada família

Na grande maioria das vezes, cabe ao enfermeiro avaliar quais as necessidades/prioridades das famílias em seus contatos iniciais com o ambiente da UTIN. Os dados revelam que existe o exercício da sensibilidade na equipe para com os pais, prestando acolhimento e dando informações que sejam de fácil compreensão.

Buscando avaliar de forma adequada, respeitando as individualidades bem como o estado de saúde de cada bebê, apresenta-se gradativamente a estes pais quais são os passos iniciais da lactação, as técnicas de alimentação auxiliares à amamentação, os procedimentos básicos de higienização pessoal e do bebê, estimulando/avaliando o

vínculo pais-bebê, as formas de contato com o recém-nascido no dia a dia, com ênfase no contato pele-a-pele.

Também cabe ao enfermeiro avaliar e providenciar os encaminhamentos que se fizerem necessários junto aos pais durante todo o período de internação de seu filho na UTIN, em articulação com os demais membros da equipe de saúde.

Então hoje já se observa como é que vai ser essa resposta comportamental da mãe durante a visita, se ela mostra sinais se uma interação mais próxima ou não, ou só chega e fica olhando, tem algumas que chegam e perguntam: posso tocar? Claro que pode! Então hoje eu acho que está tendo um pouco mais de cuidado em respeitar esses sinais da mãe, da família, sobre tudo isso nos contatos dessas interações iniciais com o bebe (I2).

A presença da mãe nessa vinculação no desenvolvimento neuro-sensorial da criança, do bebe, enfim, não só o canguru, mas a presença mesmo. A que tem bebezinho que ele é grave, ele ainda não pode fazer a posição né?! Mas a voz da mãe, o toque ele faz a diferença sim, da mãe, do pai, daquela pessoa de referencia (I1)

Aqui o atendimento é bem diferente e os enfermeiros da neonatologia eles tentam fazer a gente se sentir diferente, tentam fazer a gente não se sentir dentro do hospital (M5).

Olha, apesar de estar numa UTI neonatal, se mostraram bastante flexíveis assim sabe?! Com assim, sempre tentando colaborar e ver o lado da mãe, eu saio daqui feliz assim, com o tratamento que o meu filho recebeu né?! Feliz com o tratamento que eu recebi, com a oportunidade de estar aqui cuidando hoje dele (M4).

A parte da enfermagem ela é muito boa, a parte da enfermagem aqui, e todo o alicerce que tem ao redor que eu não

vejo pelo que as meninas falam dos outros locais não vejo esse suporte que a gente tem pros pais (T1).

5.3.3 Estabelecendo vínculos em consequência dos longos períodos de internação

As relações entre equipe e família tornam-se, na maioria das vezes, muito próximas e se refletem de forma subliminar na prestação do cuidado. São embasadas nos aspectos psicológicos, culturais de cada profissional e família de maneira individualizada.

Longos períodos de internação permitem que os pais, por passarem muitas horas na unidade neonatal, passem a acompanhar e conhecer parte da rotina hospitalar. A equipe também, por vezes, permite relações de maior proximidade, em maior ou menor grau. Observamos que este modo de relação muitas vezes ultrapassa o âmbito profissional/hospitalar, permitindo que adentrem a aspectos pessoais e que vão além do cuidado bebê-família. Dependendo da forma como acontecem, podem gerar laços que vão além da alta hospitalar, mas também podem gerar dificuldades de convivência, stress e falhas de comunicação.

Os entrevistados relatam que alguns pais se envolvem nas condutas baseados em conhecimentos empíricos, além de algumas vezes, chegarem a opinar no quadro clínico/história de outros bebês/famílias internados – o que gera relações de amizade, laços de apoio mútuo, mas também sobrecarga e envolvimento emocional em várias realidades e situações muitas vezes delicadas.

Essa outra característica diferente da UTI neonatal para a UTI adulto, a UTI neonatal ela tem um tempo de permanência muito, mais muito mais longo que a UTI adulto, então os laços que se constroem, eles também vão se refletir na questão do cuidado, e aí tem a história das empatias e das antipatias (E1).

As famílias tem que saber realmente, a gente repassa as informações, é o direito delas saberem, mas a questão da família aqui na UTIN está relacionada ao tempo, os pais ficam sobrecarregados com o ambiente, 30 dias, 60 dias aqui dentro, eles muitas vezes se acham no direito de estar invadindo o espaço que é profissional.

Então a gente dá esse espaço pra eles, mas muitas vezes eles acabam tentando intervir nas condutas. E algumas vezes inclusive nos ajudam, isso é muito importante. Pensa bem, a opinião deles, a participação deles mas, em contrapartida, acabam intervindo de maneira negativa muitas vezes (E4). Eles [pais] se prevalecem desse abraço todo que o HU dá, às vezes se passa um pouco assim, a gente vê que a gente dá o braço, dá o dedo... [...] As vezes abre exceções e acaba dando problemas né (T1).

A gente deveria se poupar tentar falar o mínimo pra não gerar desentendimento, não é todos né?! A gente só se lembra de fechar um pouco a boca quando o problema já está ali (T1).

Figura 6: Diagrama representativo da categoria 3



Fonte: Elaboração pelo autor.

5.4 BUSCANDO QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL PARA LIDAR COM A COMPLEXIDADE DO CUIDADO EM UTIN

Quadro 11: Categoria 4: Buscando qualificação profissional para lidar com a complexidade do cuidado em UTIN e suas subcategorias.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
BUSCANDO QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL PARA LIDAR COM A COMPLEXIDADE DO CUIDADO EM UTIN	1. Buscando atualização acerca dos avanços científicos e tecnológicos; 2. Realizando pesquisas científicas a partir do cotidiano assistencial

Fonte: Elaboração pelo autor.

5.4.1 Buscando atualização acerca dos avanços científicos e tecnológicos

A enfermagem, acompanhando os avanços tecnológicos em saúde, busca inovar e ressignificar sua práxis, adotando novas relações e interações, sejam elas internas ou externas, ampliando a sua aptidão na construção de saberes.

A Instituição onde os dados foram coletados possui como importante alicerce a implementação da SAE, associado a valorização e aprofundamento de princípios científicos no desempenho de suas ações técnicas na prática de cuidados. Somado a isso, a enfermagem e a maternidade em questão possuem filosofia própria, buscando a integração docente-assistencial enquanto presta assistência. Possui, ainda, implementado desde 2009, o curso de Mestrado profissional – Gestão do Cuidado em Enfermagem, com a primeira turma composta por 12 enfermeiros no primeiro semestre de 2010, sendo que 2 enfermeiras da unidade ingressaram neste curso, atuando diretamente no cenário assistencial, visando a produção de pesquisas que contribuem, sobremaneira, para o avanço do conhecimento na área de Enfermagem.

A UTIN em questão se destaca por exercer implementar o pensamento científico como base primordial na busca do melhor fazer em neonatologia, campo recente e com avanços constantes em inovações tecnológicas. As mudanças de rotinas e a aplicação de novos

modos de cuidar são embasados em discussões coletivas e pesquisas científicas, adequadas às particularidades e contexto do cenário e avaliados periodicamente, visando conciliar a individualização do cuidado com a implementação e oferta de boas práticas ao bebê, sua família e equipe de saúde.

Entretanto, os dados evidenciam a necessidade de superar conflitos que se exacerbam frente as mudanças propostas, pois implicam no movimento de sair da zona de conforto, e por ser composta por uma equipe diversificada e crítica, os pensamentos são ora convergentes, ora divergentes. Trabalhar estes conflitos como potencialidades para o avanço na gerência das práticas de cuidado é um desafio instigante e, por vezes, exaustivo, porém diante dos resultados positivos, para todos os atores envolvidos, mostra que valorizar a complexidade das relações e interações é um fator de grande valia, que diferencia o cenário da UTIN.

A luta que foi pra gente conseguir aquela fixação da sonda de “gatinho” que uma botava ali, uma colocava aqui, uma reclamava, até que não sei como as coisas foram acontecendo que a gente nem se dá conta que hoje todo mundo quando vai fixar uma sonda, fixa a de “gatinho” (T6).

O que eu resisti para empacotar essas crianças, o que eu fui amarrada pra fazer esses ninhos como eu reclamava [...] e tu vê e hoje eu sou amarradona né?! Mas por que? Porque ficou, ficou, ficou, até que eu vi que aquilo ali realmente era bom, que realmente e é assim que tem que ser (T6).

5.4.2 Realizando pesquisas científicas a partir do cotidiano assistencial

Um conjunto de fatores converge para favorecer a valorização das pesquisas, ainda que de maneira inicial, no local onde o estudo foi realizado. Por tratar-se de um hospital que prioriza o ensino enquanto se cuida, o estímulo a avanços e mudanças no cotidiano da assistência propicia e incentiva uma constante e incansável busca por melhores condições de trabalho e assistência. Na medida em que surgem novas propostas assistenciais, as mesmas são implementadas e discutidas nos turnos de trabalho, sendo avaliadas no dia a dia e, quando necessário, adaptadas conforme as particularidades e realidades do serviço, na busca de viabilizar as mudanças da melhor maneira possível.

Além disso, a equipe tem se tornado altamente qualificada. No que se refere ao nível médio em enfermagem, muitos tem buscado fazer graduação. No nível superior, os enfermeiros tem cursado mestrado e doutorado. Portanto, motivados por um olhar crítico-reflexivo, propõem mudanças de rotinas fundamentadas na cientificidade, considerando sua prática profissional, individualizando rotinas e saberes. É um movimento crescente, que tem despertado o exercício de trabalhar com pontos de vista diferentes e enriquecedores. Além da qualificação das práticas assistenciais, a equipe tem enfrentado o desafio de lidar com a complexidade das relações.

Diante da especificidade e singularidade do campo de neonatologia, a equipe e a instituição percebem o diferencial que possuem na organização hospitalar em questão. São cuidados específicos aprimorados contantemente. Com os avanços nas pesquisas, que permitem desvendar as peculiaridades do bebê pré-termo, o nível de exigência aumenta. Exemplos disso estão no fato de terem implantado na unidade POP (procedimento operacional padrão) para o uso de CCIP (cateter central de inserção periférica) e uso de NP (nutrição parenteral), destacando que também possuem implementado, ações no manejo da dor do RN, como a escala *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS) que orienta a avaliação e condutas diante de procedimentos, assim como o emprego de métodos não-farmacológicos para a dor.

Condições adversas também servem como oportunidades de reavaliação de práticas e mudanças como surgimento de infecções hospitalares, que implicaram na adoção de individualização de materiais como termômetros, estetoscópios, fraldas e cuidados com a dispensação de leite materno ordenhado. Condutas que emergiram a partir da valorização e respeito as ideias emergentes de todos membros da equipe, permeado pela diversidade de saberes e opiniões e que foram sendo reavaliadas durante sua aplicabilidade.

Eu vejo que essa questão na pesquisa, eu observo isso pelos acadêmicos de enfermagem, tem bastante trabalho, a gente vê os projetos, [...]que são vários assim, que a gente busca, eu vejo uma proximidade muito grande na verdade nessa questão do ensino e nessa linha da humanização da pesquisa (E05).

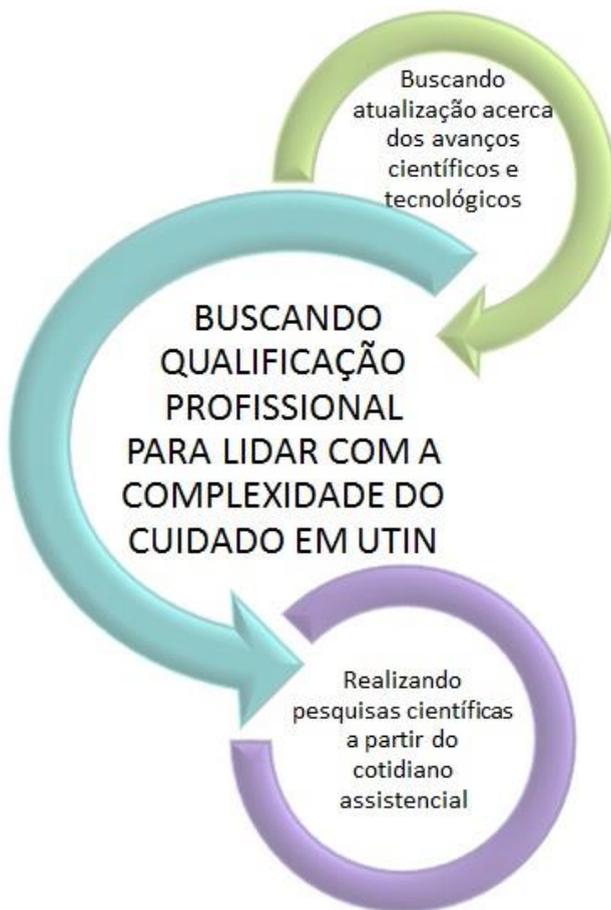
Eu falei com a assistente social da gente fazer um, talvez um material informativo mesmo para, não só pra mãe e pro pai, mas para os visitantes, para a própria família que está lá em casa esperando...

Porque às vezes a pessoa não tem conhecimento do que seria uma UTI neonatal (E04).

Eu acho que nós somos bem abertos, não sei se a partir do momento que a gente entra pro hospital universitário nós sabemos que nós temos obrigação, temos deveres em receber o aluno, [...] o pessoal tem muita abertura para o novo, pro aluno, e eles gostam de colaborar, eu vejo assim que eles gostam de colaborar, é uma turma, tanto é que tem um monte que fez faculdade, outros fazendo, [...] e a UTI neo parece que transformou num lugar de transformar pessoas que querem buscar sempre o melhor (E03).

Provavelmente é porque é uma clientela que precisa de atenção mesmo, que são os bebês frágeis, então eu acho que isso faz com que a gente queira saber mais pra poder entender um pouquinho mais da linguagem do neném que é uma linguagem peculiar e ao mesmo tempo difícil e complexa, pra gente saber talvez por isso que eles sejam assim tão focados em estudar (E03).

Figura 7: Diagrama representativo da categoria 4



Fonte: Elaboração pelo autor.

5.5 CATEGORIA 5: PROMOVEDO O TRABALHO EM EQUIPE: LIMITES E POSSIBILIDADES

Quadro 12: Categoria 5: Promovendo o trabalho em equipe: limites e possibilidades e suas subcategorias.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
<p align="center">PROMOVENDO O TRABALHO EM EQUIPE: LIMITES E POSSIBILIDADES</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compartilhando os processos decisórios; 2. Identificando divergências na adoção de condutas assistenciais.

Fonte: Elaboração pelo autor.

5.5.1 Compartilhando os processos decisórios

A peculiaridade pertinente ao cuidado em UTIN vem caminhando para a articulação de saberes entre a equipe multiprofissional. Estimulado e incentivado pelas políticas públicas voltadas a humanização do cuidado neonatal, que orienta a presença e trabalho em equipe, o cenário estudado é composto por enfermeiros, médicos, nutricionista, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta.

Neste contexto, percebemos o exercício de proximidade entre a equipe, buscando definir condutas e estabelecer rotinas – ou a quebra da mesma visando particularidades que a individualização do cuidado por vezes requer – por meio de reuniões interdisciplinares.

Todavia, alguns aspectos surgem como dificultadores/desafiadores neste processo. Um deles, apontados pelas entrevistas, é o atual espaço ocupado durante a reforma da estrutura física, que impede a proximidade e privacidade para realização de discussões periódicas. Somado a isso, há o fato de nem todos atenderem exclusivamente a UTIN, limitando sua dedicação e interação com o contexto da organização da unidade para a tomada de decisões de forma coletiva, pela troca de ideias e ponto de vista por todos os profissionais, proporcionando a viabilidade e implementação de melhores práticas na gerência do cuidado.

A neo não está integrada, não. Em momentos parece estar, em outros parece que um impõe a

sua situação para o outro, não tem muito eu acho dialogo, uma discussão do que seria melhor (E06). Bom, infelizmente a minha participação eu considero muito limitada ali dentro porque eu não tenho apenas a neonatologia na minha mão, eu tenho o alojamento conjunto, eu tenho gineco, eu tenho neonatologia, e tenho o ambulatório, né?! [...] então assim eu sempre tenho que estar dividida, eu nunca estou só em um, meu sonho se eu puder te dizer sonho era ficar apenas na neonatologia. Eu não consigo agir, atuar da maneira que eu gostaria de atuar, eu passo pela neonatologia entende?! Embora não me agrade, embora eu gostaria de ficar mais tempo lá (I3).

Então até, a gente tem a atuação de vários profissionais na neonatologia, mas ainda não significa que a gente tem um trabalho multiprofissional e com a equipe da enfermagem (E01).

Nesse momento, a gente está em um período de reforma né?! Então isso quebrou um pouco o nosso processo de aprimoramento eu vou te dizer assim por conta das condições de trabalho, por conta do espaço que a gente tem hoje, então coisas hoje que antes a gente não fazia que a gente considerava que já tinham esperado o retorno de práticas não tão boas (I1).

5.5.2 Identificando divergências na adoção de condutas assistenciais

Na medida em que são incorporadas novas tecnologias no cenário da UTIN estudada, observamos simultaneamente o seu reflexo na equipe, viabilizando e avaliando sua aplicabilidade na sua prática assistencial.

O modo de implementar mudanças organizacionais na assistência em saúde ao neonato considera a importância em integrar a busca de habilidades técnicas com a busca de habilidades pessoais, de modo equilibrado entre ambas. Esta forma de liderança propõe o uso da motivação atrelada ao conhecimento da competência de sua equipe, reconhecendo e valorizando diferentes pontos de vista.

Entretanto, no cotidiano desta UTIN, diferenças de condutas e pontos de vista foram relatadas, atuando como dificultadores nas relações de trabalho, desarticulando a equipe pelos conflitos que as

divergências trazem, o que implica na falta de adesão às mudanças propostas. Cabe ressaltar que tanto as diferentes condutas quanto as divergências são observadas também pelos familiares dos bebês internados.

Eventualmente isso vai ter alguma divergência, algum conflito, alguma posição diferente do meu colega né?! Médico, enfermeiro, enfim psicólogo, enfim. Eu posso divergir em algum encaminhamento, em alguma postura, em alguma condução, mas qual que é a nossa prática? É dialogar para chegar num consenso, nós somos uma equipe então precisamos ter esse momento de discussão e fazer condutas convergentes (II)

Por exemplo assim, tá, temos uma situação X num bebê, vamos nos reunir né?! Um técnico, um enfermeiro, não precisa todo mundo, um enfermeiro, um médico, uma fonoaudióloga né?! O que tiver e conversar sobre essa situação, vamos nos reunir, uma reunião como eu vou te dizer... mais informal [...]. E aí esses que participaram levar pra todo mundo em conjunto né?! Falar a mesma língua até porque os pais eles são muito atentos né?! Então eles vão questionar como questionam, aí eles vem questionar: “ah, mais fulana falou isso e fulana falou aquilo” (T4).

Figura 8: Diagrama representativo da categoria 5



Fonte: Elaboração pelo autor.

5.6 CATEGORIA 6: IMPORTANTO-SE COM AS REPERCUSSÕES DO CUIDADO AO BEBÊ PRÉ-TERMO EM AMBIENTE CRÍTICO E TECNOLÓGICO

Quadro 13: Categoria 6: Importando-se com as repercussões do cuidado ao bebê pré-termo em ambiente crítico e tecnológico e suas subcategorias.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
IMPORTANTO-SE COM AS REPERCUSSÕES DO	1. Considerando a importância da prevenção de

CUIDADO AO BEBÊ PRÉ-TERMO EM AMBIENTE CRÍTICO E TECNOLÓGICO	sequelas e danos; 2. Conciliando tecnologia e intercorrências com cuidado sensível, frágil e delicado.
--	---

Fonte: Elaboração pelo autor.

5.6.1 Considerando a importância da prevenção de sequelas e danos

Ao considerarmos o aumento na oferta de tratamento intensivo a RN com idade gestacional cada vez menor e/ou com alto risco de comprometimento fisiológico ao nascimento, uma nova realidade que tem merecido atenção e preocupação é a maior susceptibilidade ao desenvolvimento de sequelas em virtude da prematuridade e intervenções sofridas durante sua internação na neonatologia.

Ainda que de forma discreta e pouco articulada, no que tange a interdisciplinabilidade, percebe-se que é crescente que a busca por melhores práticas neonatais contemple a prevenção de eventos adversos e considere a fragilidade e imaturidade do bebê atendido. Não basta apenas sua sobrevivência a qualquer custo mas sim importar-se com a qualidade de vida/sobrevida deste bebê e como ele será integrado a sua família e sociedade após sua alta hospitalar.

Isso é muito sério, quando eu digo assim, é coisa de muita seriedade, de muita responsabilidade que nós temos na mão, entendeu?! Então é uma coisa assim que me corta o coração quando eu vejo que as pessoas não olham pra isso e veem o trabalho como emprego onde eu vou lá cumprir minha carga horaria e volto pra casa, e volta pra casa sem saber o que deixou, será que hoje eu sequelei menos, ou será que eu sequelei mais, será que hoje eu construí ou destruí os neurônios que ainda estão em fase de desenvolvimento? (I2)

Claro que a situação que está ali para uma família que tem uma expectativa frente a equipe no sentido da resolução e de garantir a sobrevida, essa família muitas vezes não consegue avaliar o que que é, por exemplo, ter uma criança com qualquer sequela resultante desse cuidado com prematuros (E1)

Nós estamos tratando de um começo de vida muito atípico que pode causar uma serie de transtornos pra sempre, então nós somos sim responsáveis pelo

resultado do que estamos colocando na sociedade e nem todos se dão conta disso... (I2)

5.6.2 Conciliando tecnologia e intercorrências com cuidado sensível, frágil e delicado

O campo da neonatologia é relativamente recente. Instiga, portanto, a realização de muitos estudos, por meio dos quais novas rotinas e condutas surgem, trazendo a necessidade de avançar no modo como compreende-se as repercussões neuro-comportamentais do bebê hospitalizado em uma UTIN, seja pelo seu subdesenvolvimento, seja pelas intervenções a que foi submetido durante sua internação.

A especificidade do bebê pré-termo, em que a regulação térmica do contato pele-a-pele garante estabilidade fisiológica, a presença da família resulta em avanços terapêuticos, requer um reinventar diário. Convida e desafia seus profissionais a trabalharem paralelamente com habilidades técnicas minuciosas e cuidado humanizado, como prevenção de dor com oferta de gotas de leite materno ao realizar punções venosas, necessárias, por exemplo, para antibioticoterapia.

Acho que a responsabilidade que se tem com o neonato é muito maior e também porque vocês tem que feito verdadeiros milagres, se a gente olha por exemplo o número de prematuros que tem nascido cada vez com baixo peso (E1)

“Mãe pode tocar, não precisa ter medo”, e eu achei que era só ver pelo ladinho assim né?! E eles falavam “ó mãe pode tocar, mas antes de tocar conversa com ele” ... Eu ia tocar, eu tocava na cabecinha, tocava nos pezinhos... ele se encolhia... ele sentia que era eu que estava ali sabe?! Daí ele se encolhia todo, dava risada, me dava mais alegria sabe?! Muita emoção assim né?! Eu vi que ele estava com força, vontade de sobreviver, e eu sempre conversava com ele sempre, daí depois eu fui sabendo tudo, foram me ensinando o que fazer (M1)

Figura 9: Diagrama representativo da categoria 6



Fonte: Elaboração pelo autor.

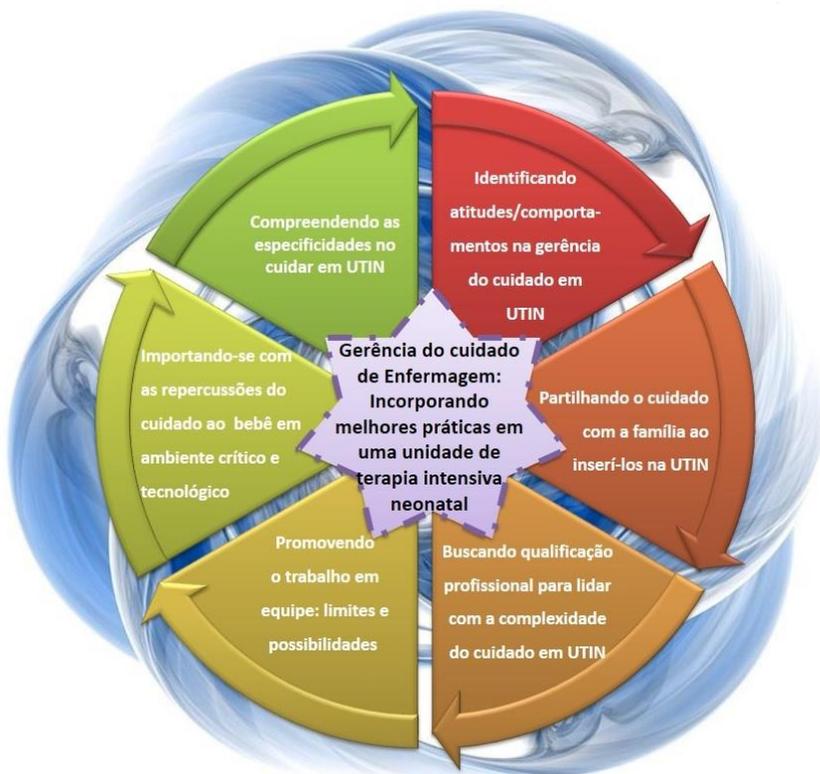
A possibilidade de buscar respostas a inquietações que nos impulsionam a entender fenômenos que nos envolvem, sob diversificados pontos de vista, desvelados na medida em que analisamos o que ouvimos e enxergamos, enquanto pesquisadores, servem como motivação para aprofundar e aprimorar conhecimentos. A curiosidade e criatividade que envolvem este processo oportunizam descobertas que renovam e ressignificam modos de agir e, no caso deste estudo, modos de organizar o cuidado neonatal.

As categorias, portanto, foram elaboradas a partir dos dados e à luz dos pressupostos teóricos adotados neste estudo e possibilitaram evidenciar o fenômeno central GERÊNCIA DO CUIDADO DE

ENFERMAGEM: INCORPORANDO MELHORES PRÁTICAS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.

Desta forma, a junção e articulação das seis categorias e suas dezesseis subcategorias, podem ser apresentadas na figura 10:

Figura 10 - Diagrama representativo da integração da articulação entre as categorias, as subcategorias e o fenômeno.



Fonte: Elaboração pelo autor.

Envoltas pelo paradigma da complexidade, no processo crescente de aderir as boas práticas de cuidado, as categorias se interrelacionam e se sustentam, em constante processo de transformação, valorizando as práticas existentes ao mesmo tempo em que estão abertas a recriar sua organização das práticas de cuidado, corroborando com a Tese

elaborada para este estudo: A organização do sistema de cuidados de Enfermagem numa UTIN é complexa, dinâmica, interativa e interdependente dos demais sistemas de saúde, mobilizada por um processo gerencial de cuidados/boas práticas gerenciais de cuidado que possibilita ao prematuro e sua família um cuidado voltado à fragilidade e incertezas do viver/sobreviver em condições singulares de vida.

5.7 ARTIGO 2 - GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM: INCORPORANDO MELHORES PRÁTICAS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM: INCORPORANDO MELHORES PRÁTICAS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Patricia Klock¹
Alacoque Lorenzini Erdmann²

RESUMO

Objetivo: elaborar um modelo interpretativo a partir da compreensão da gerência das práticas de cuidado de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal a partir dos significados atribuídos pelos profissionais da Equipe de Enfermagem e demais atores envolvidos (família e demais profissionais de saúde) sobre as relações e interações do cuidado no lidar com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato.

Método: Estudo qualitativo que adotou como desenho de pesquisa a Teoria Fundamentada nos Dados. Participaram 22 sujeitos divididos em quatro grupos amostrais (enfermeiros, técnicos de enfermagem, profissionais da equipe de saúde e mães com filhos internados na unidade neonatal). Os dados foram obtidos a partir de entrevistas e analisados mediante análise comparativa. **Resultados:** A gerência das práticas de cuidado de enfermagem estão fundamentadas na vivência das relações/interações com os familiares e demais atores da equipe de saúde, com vistas a incorporação de melhores práticas. Diante desta realidade, buscam contemplar a fragilidade que envolve a

¹ Doutoranda pelo Programa de Pós Graduação de Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Chefe de Enfermagem do Serviço de Neonatologia do Hospital Polydoro Ernani de São Thiago (HU) da UFSC. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde (GEPADES). Endereço: Campus Universitário – Trindade- Florianópolis - Santa Catarina - Brasil. Cep. 88040-900 E-mail: patynurse@hotmail.com. Autor correspondente.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora Titular do Departamento de Enfermagem da UFSC, Bolsista 1A de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Florianópolis, SC, Brasil.

prematuridade, minimizando as sequelas ao buscar a sobrevivência do neonato. **Implicações:** Destaca-se a importância da articulação dos diferentes saberes da equipe multidisciplinar, contemplando a complexidade das relações/interações no cenário da neonatologia, promovendo a excelência do cuidado ao neonato e sua família.

DESCRITORES: Enfermagem. Administração e Organização Hospitalar. Gerência. Gestão em Saúde. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

INTRODUÇÃO

Os avanços científicos e tecnológicos associados a melhor compreensão da fisiologia do recém-nascido vêm colaborando para um significativo aumento da taxa de sobrevivência de recém-nascidos pré-terms (idade gestacional menor que 37 semanas¹) em nosso país, resultando em uma mudança no perfil de mortalidade infantil.

Remetendo os profissionais a necessidade constante de aprimoramento e atualização do conhecimento científico e desenvolvimento de novas técnicas/procedimentos, envolto em uma perspectiva humanística. A falta dessa atualização pode acarretar situações prejudiciais para o neonato, como foi enfatizado por Costa (2005), como o maior tempo de internação, a separação precoce e prolongada da mãe-filho-família, menor incidência e prevalência do aleitamento materno, maior exposição do neonato a complicações que cursam com graves sequelas e maior demanda da atenção especial e de alto custo.

Assim, emerge a importância do cuidado de enfermagem, que é, por si só, um cuidado complexo, dialógico e multidimensional, por centrar-se na pessoa humana – ser de cuidado – também complexo. No processo de cuidar é preciso levar em conta, a priori, que tanto o cuidador como a pessoa sob seu cuidado se reveste de uma dinamicidade singular motivada pelas múltiplas relações, interações e associações (ERDMANN; BACKES; MINUZZI, 2008).

Desta forma, o olhar da complexidade amplia o olhar sobre o processo gerencial de enfermagem e passa a conceber o cuidado a partir de uma rede ou teia de processos e produtos que envolvem relações, interações e associações entre os profissionais, usuários, gestores

¹ World Health Organization, 2003.

enquanto sujeitos que compõem o sistema de saúde (ERDMANN; BACKES; MINUZZI, 2008).

O pensamento complexo, que considera a unidade na diversidade, emerge no campo da saúde, no espaço da UTIN, como possibilidade de horizontalidade nas decisões, participação efetiva e ativa de todos os sujeitos envolvidos no seu processo organizacional, conferindo novos significados ao se lidar com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato, enquanto profissionais atuantes nesse setor, bem como o reflexo do mesmo em todos os vínculos resultantes deste sistema complexo.

Vislumbrado à luz da complexidade, a gerência da prática do cuidado em UTIN, pode/deve ser compreendida como produto e serviço nas suas múltiplas dimensões/relações/espacos, isto é, como um sistema de produção de serviços singular na sua maneira de ser e existir. Obedece e segue ordens, rotinas em seu cotidiano, ao mesmo tempo em que se constitui no lugar onde nascem encontros aleatórios, permeados por situações de ordem/desordem/interações/organização.

O Interactive Domain Model (*IDM*) definiu melhores práticas em saúde como o conjunto de processos e atividades que são consistentes com os valores de promoção da saúde/saúde pública, metas e ética, teorias e crenças, evidências, e compreensão do meio ambiente, e que são mais suscetíveis para alcançar os objetivos promoção da saúde/saúde pública em uma dada situação (KAHAN; GOODSTADT, 2005).

A proposta desafiadora de considerar as necessidades de transformações no processo de trabalho, sinalizando a incorporação de melhores práticas, amplia o objeto de ação em neonatologia, com vistas a atuar de forma coerente e transdisciplinar entre os atores e serviços, vislumbrando a inserção da família como um dos pontos fundamentais no cuidado ao neonato, qualificando assim as dimensões e interações já existentes.

As diferentes práticas de cuidado, em UTIN, tanto individuais quanto coletivas, oferecem dificuldades e limitações, no que se refere à padronização de processos e procedimentos (KLOCK, ERDMANN, 2012). Desta forma, algumas inquietações surgiram: Como os profissionais de enfermagem e saúde exercem suas práticas de cuidado dentro da UTIN? Como estas práticas são organizadas nas suas diferentes dimensões (assistenciais, gerenciais e educativas)? Como experienciam a busca do fazer melhor diante das especificidades das situações de vida e saúde dos bebês pré-termos e suas famílias internados na UTIN?

Assim, as formulações iniciais do problema de pesquisa centrado no objeto organização das práticas de cuidado na UTIN, foram:

Como são vivenciadas as relações e interações dos profissionais da enfermagem e da saúde na organização do cuidado de enfermagem no lidar com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato em UTIN? Quais os significados dessas vivências, tida por eles como melhores práticas a esses bebês pré-termos e suas famílias?

Este estudo, portanto, teve como objetivo compreender a organização das práticas de cuidado de enfermagem em UTIN a partir dos significados atribuídos pelos profissionais da Equipe de Enfermagem e demais atores envolvidos (família e demais profissionais de saúde) sobre as relações e interações do cuidado no lidar com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato em uma UTIN. E, desta compreensão, construir uma matriz teórica do sistema/organização de cuidado de Enfermagem em UTIN que incorpore os processos de construção/desenvolvimento de melhores práticas nesse cenário/contexto de cuidado.

MÉTOD

Estudo qualitativo que adotou como desenho de pesquisa a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), como caminho para compreender o fenômeno sob investigação. Duas características principais deste modelo são a constante comparação dos dados com as categorias emergentes e a amostragem teórica de diferentes grupos para maximizar as semelhanças e diferenças entre as informações (CRESWELL, 2010).

O cenário de estudo foi a unidade neoatal do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, inaugurada em 1995, totalmente público. Esta unidade é centro de referência do Método Canguru na região sul pelo Ministério da Saúde e possui uma filosofia de atendimento com princípios humanísticos. Tal escolha se processou pelo fato de que este local evidenciou as necessidades e justificativas para a realização da pesquisa. O estudo recebeu aprovação da Instituição para realização do mesmo em 07 de maio de 2012. Obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sob o parecer n. 34548.

Foi utilizada para coleta de dados, a entrevista semi-estruturada, realizada individualmente, transcrita na íntegra, e inserida no software *NVIVO*[®]. Ocorreu no local de trabalho ou em outro ambiente da escolha do participante, no período de maio a agosto de 2012.

A amostragem teórica foi composta por quatro grupos amostrais, perfazendo um total de 22 participantes: 1º.) enfermeiros gerenciais e assistenciais (E1 - E6); 2º.) 06 profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem (T1 - T6); 3º.) 05 profissionais de saúde (médico, psicóloga, fonoaudióloga, assistente social, nutricionista) que atuam diretamente na UTIN (I1 - I5); e, 4º.) 05 familiares (M1 - M5). As questões norteadoras para as entrevistas buscaram explorar como as relações e interações dos profissionais da enfermagem e da saúde na organização do cuidado de enfermagem, ao lidar com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato e os significados dessas vivências, tida por eles como melhores práticas a esses bebês pré-termos.

A estratégia metodológica utilizada para a análise dos dados foi a Análise Comparativa. Portanto, tão logo iniciada a coleta de dados, procedeu-se a codificação ou análise dos mesmos, auxiliada pelo software *NVIVO*[®]. A análise substantiva dos dados foi feita através da codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. Ao final do processo de análise, emergiram 06 categorias que sustentam o fenômeno “Gerência do cuidado de enfermagem: incorporando melhores práticas em uma unidade de terapia intensiva neonatal”, sendo elas: “Compreendendo as especificidades no cuidar em UTIN”, “Identificando atitudes/comportamentos na gerência do cuidado em UTIN”, “Partilhando o cuidado com a família ao inseri-la na UTIN”, “Buscando qualificação profissional para lidar com a complexidade do cuidado em UTIN”, “Promovendo o trabalho em equipe: limites e possibilidades” e “Importando-se com as repercussões do cuidado ao bebê pré-termo em ambiente crítico e tecnológico”. Assim, optou-se por abordá-las separadamente conferindo visibilidade às suas respectivas subcategorias.

RESULTADOS

Na sequência do estudo serão apresentadas as categorias e suas subcategorias, organizadas de maneira a facilitar a identificação e visualização dos resultados emergidos.

Quadro 14: Categorias e subcategorias do estudo

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
COMPREENDENDO AS ESPECIFICIDADES NO CUIDAR EM UTIN	1. Envolvendo atitudes de carinho e sensibilidade no cuidado 2. Considerando a linguagem do bebê pré-termo como peculiar, difícil e complexa 3. Identificando particularidades do cuidado em um ambiente fechado 4. Tendo que lidar com o limiar entre vida e finitude
IDENTIFICANDO ATITUDES/COMPORTAMENTOS NA GERÊNCIA DO CUIDADO EM UTIN	5. Considerando ou não as atitudes/aspectos pessoais na atuação profissional 6. Atuando (ou não) como gerente do cuidado 7. Valorizando a sistematização da assistência de enfermagem
PARTILHANDO O CUIDADO COM A FAMÍLIA AO INSERIR-LA NA UTIN	8. Envolvendo a família nos cuidados 9. Avaliando necessidades e prioridades de cada família 10. Estabelecendo vínculos em consequência dos longos períodos de internação
BUSCANDO QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL PARA LIDAR COM A COMPLEXIDADE DO CUIDADO EM UTIN	11. Buscando atualização acerca dos avanços científicos e tecnológicos 12. Realizando pesquisas científicas a partir do cotidiano assistencial
PROMOVENDO O TRABALHO EM EQUIPE: LIMITES E POSSIBILIDADES	13. Compartilhando os processos decisórios 14. Identificando divergências na adoção de condutas assistenciais
IMPORTANDO-SE COM AS REPERCUSSÕES DO CUIDADO AO PREMATURO EM	15. Considerando a importância da prevenção de sequelas e danos 16. Conciliando tecnologia e intercorrências com cuidado

AMBIENTE CRÍTICO E TECNOLÓGICO	sensível/frágil/delicado
---------------------------------------	--------------------------

Fonte: Klock; Erdmann (2013).

O ambiente da UTIN reflete um cenário de cuidado diferenciado, singular. Enxergar fios, respiradores mecânicos, bombas de infusão, sondas e cateteres conectados a um bebê, frágil e debilitado, evoluindo dia a dia para o processo de amamentação, o primeiro toque dos pais, primeiro contato pele-a-pele, mostra que o cuidado é envolvido por aspectos singulares e de sensibilidade.

Partindo desta realidade, a equipe de saúde procura desenvolver cada vez mais a destreza ao lidar com a gravidade/fragilidade do bebê pré-termo, conferindo atitudes de carinho, delicadeza e sensibilidade enquanto cuida, mesmo diante de situações de emergência. Este processo é uma constante, observada pelos profissionais atuantes nesta realidade e reiterado pelo reconhecimento dos pais de bebês que necessitaram de cuidados de UTI.

Eu vejo assim a relação do cuidado com o carinho junto, carinho a relação que cuidam do cliente que é o bebê tem uma relação muito mais próxima, o bebê é cuidado com uma forma com mais atenção, com mais carinho, mais humanização, mas eu acho que não é só isso, é também como a equipe vê o paciente (E2).

Esta unidade atende bebês graves com muito baixo peso, extremamente prematuros e que inspiram cuidados particulares e individualizados. Simultaneamente ao atendimento imediato e preciso que a gravidade exige, o profissional necessita considerar a fragilidade que o neonato possui, reduzindo o risco de sequelas, muitas vezes irreversíveis, e até mesmo o risco de óbito. Esta característica revela uma realidade que engloba habilidades técnicas e de individualização do cuidado prestado.

Com a política do Ministério da Saúde que buscava um novo paradigma de atenção a neonatologia, passamos então, a vê-lo como sujeito, e ao vê-lo como sujeito, passamos a olhar mais pra ele e entender como são essas respostas que ele está nos dando o que ele está precisando, e oferecer o que ele está precisando. Um dos pilares dessa situação

humanizada é o atendimento individualizado, cada bebê tem uma resposta comportamental que difere do outro (I2).

Existem aspectos que conferem singularidade do cuidado prestado em UTIN – seja pela equipe, seja pelos pais/familiares. Uma característica diz respeito ao fato de ser um ambiente onde o acesso é restrito. Implica em limitar a circulação de profissionais alheios ao serviço, bem como limita que os profissionais que nela atuam se ausentem do setor e quando o fazem, é por pouco espaço de tempo, devido a imprevisibilidade que o serviço está suscetível.

Conseqüentemente, a relação com os demais serviços de apoio (laboratório, farmácia, radiologia) se torna distante, limitando que conheçam suas rotinas e realidades. A equipe da UTIN confessa não ser vista como uma terapia intensiva pelos serviços de apoio, pois observam morosidade na realização de exames, dispensação de medicamentos, o que gera conflitos e sobrecarga de trabalho, cabendo ao enfermeiro dividir-se entre a assistência ao bebê grave e em risco com a solução de assuntos burocráticos.

Muitos setores aqui do HU acham que a neo é um berçário, que não tem as complexidades que tem, não sabe como é... (T1)

A gente não precisava se deslocar pra lá [farmácia], porque isso aqui é uma UTI, a UTI é prioridade entendeu?! E as vezes a gente mesmo deixou transparecer uma coisa meio berçário e que não é! Ai talvez a gente começar a mudar e fazer eles verem que estamos tratando como uma coisa séria e que nós precisamos desse apoio deles né?! (T4)

Os dados revelam que a cada dia mais, o bebê é considerado o sujeito do cuidado bem como se evidenciam os esforços e comprometimento da equipe para com a melhoria continua da assistência prestada. A experiência profissional traz consigo, de forma indissociável, valores pessoais, crenças e, acima de tudo, a sensibilidade e expertise neste campo de saber.

Lidar com os agravos que resultam na morte do bebê perpassa por sentimentos de impotência e frustração. Configura-se, nesta situação, o extremo, o oposto e o indesejável no cenário da UTIN, manifestado em

diferentes modos e atitudes, pois reflete o envolvimento e enfrentamento individual de cada ator envolvido neste processo.

Daquela condição mobiliza nela certamente, não só a dor de ver a dor do outro, mas as suas próprias dores são evocadas ali né?! Eu acho que a gente pra trabalhar com um ambiente desse onde impera a fragilidade e o risco é eminente a gente tem que estar supostamente bem trabalhado fora daqui com as nossas histórias pessoais (I2)

Esta realidade aponta as transformações que acontecem na prática profissional da Enfermagem e se configuram como um processo de ressignificação de sua identidade profissional, de forma gradativa e nem sempre homogênea e linear. Os dados apontam que estas mudanças necessitam de maior envolvimento e valorização, desde a sua formação, diante da necessidade de buscar embasamento crítico-reflexivo em suas ações e decisões dentro da gerência de sua prática, considerando o seu comprometimento com os aspectos gerenciais que seu papel o confere.

A gente ter que ser exemplo pra todas as situações, então eu acho que algumas coisas eu penso que talvez a gente tivesse que resgatar também na formação (E1).

O enfermeiro é visto como articulador pela sua equipe e/ou em seu turno de trabalho e pelos demais profissionais que compõem o serviço interdisciplinar. Atribuição que lhe é conferida e nem sempre percebida ou declarada, fazendo emergir a necessidade de melhor instrumentalização e comprometimento de seu papel enquanto gerente do cuidado.

Trazendo esta realidade para junto do pensamento complexo, podemos compreender com maior facilidade que as condutas tomadas ou não pelo enfermeiro interferem na assistência em saúde, seja em desenvolver uma análise crítica, identificar os problemas ao seu redor, tomar decisões, planejar e implementar o cuidado e motivar os profissionais da equipe de saúde. Da mesma forma, tais processos por estarem intrinsecamente ligados, interferem no ser enfermeiro enquanto ser humano e profissional, influenciando sua construção da autonomia profissional no processo de cuidar.

Eu acho que o chefe tem um papel primordial no sentido de também ajudar a contar para as pessoas o que é essa instituição, as dificuldades que se tem na instituição, as dificuldades que se tem no gerenciamento da instituição, [...] na minha avaliação a chefia ela tem um papel de articulação muito importante, e aí a articulação interna, tanto no serviço, entre os diversos turnos, [...] trabalhar inicialmente aquela articulação dos diversos turnos e depois a articulação com os outros serviços, isso é imprescindível (E1).

O papel da chefia é um papel de liderança, de gerenciamento ali, se está funcionando ou não está funcionando, tem que puxar aqui, vou puxar aquele que está menos, está fazendo fora do que a gente padronizou, alguma coisa assim, mas eu vejo que o grupo em si tem que acreditar, o grupo inteiro, principalmente os enfermeiros (E2).

A enfermagem da Instituição pesquisada possui implementado a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), oportunizando o planejamento do cuidado a partir do conhecimento científico, trazendo o olhar da enfermagem para a sua prática e possibilitando ao enfermeiro exercer sua autonomia profissional.

Respeitando a realidade e especificidade de cada setor, por meio da SAE, o enfermeiro possui as ferramentas para exercer atividades de planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem, prestando um cuidado individualizado, centrado, no caso da neonatologia, nas necessidades de cada bebê pré-termo e sua família.

É o olhar da enfermagem para o fazer da enfermagem, não é o olhar da enfermagem para o fazer de outros profissionais, é para o nosso fazer (E1).

Os entrevistados também sinalizam a importância da participação e do envolvimento dos pais no cuidado em neonatologia na Instituição investigada. Cada vez mais o receio e entraves de inserir os pais em seu cotidiano de trabalho tem ficado no passado. Hoje em dia, pais ausentes ou que não interagem com seu filho e/ou equipe imediatamente chamam atenção para dificuldades em criar vínculo ou enfrentar o ambiente de UTI.

A UTIN em questão destaca-se por, mesmo diante de dificuldades como espaço reduzido pela reforma de estrutura, manter e reavaliar constantemente modos de permitir/favorecer/incentivar a presença da família, que oportuniza enxergar o bebê dentro do seu contexto familiar, iniciando ali, as primeiras linhas de sua história de vida, da forma mais humanizada possível, colocando, para os pais, a gravidade do seu filho e dos aparatos tecnológicos em segundo plano.

A gente trabalha muito nessa questão da família, da rede de apoio pra humanizar e ver com a equipe quais são as possibilidades que essa família tem de estar sendo inserida no cuidado desse neonato (I1)
Elas [equipe de enfermagem] passam tranquilidade pra gente, dão apoio, além de cuidar, porque no começo quando está na UTI na incubadora são elas que cuidam a gente não tem contato, então assim, elas passam tranquilidade pra gente sabe?! Aquela aflição, aquela ansiedade de não saber o que acontece daqui a pouco né?! Elas tranquilizam a gente e a gente vê que é bem cuidado sabe?! (M2)

Na grande maioria das vezes, cabe ao enfermeiro avaliar quais as necessidades/prioridades das famílias em seus contatos iniciais com o ambiente da UTIN. Os dados revelam que existe o exercício da sensibilidade na equipe para com os pais, prestando acolhimento e dando informações que sejam de fácil compreensão.

Também cabe ao enfermeiro avaliar e providenciar os encaminhamentos que se fizerem necessários junto aos pais durante todo o período de internação de seu filho na UTIN, em articulação com os demais membros da equipe de saúde.

A presença da mãe nessa vinculação no desenvolvimento neuro- sensorial da criança, do bebe, enfim, não só o canguru, mas a presença mesmo. A que tem bebezinho que ele é grave, ele ainda não pode fazer a posição né?! Mas a voz da mãe, o toque ele faz a diferença sim, da mãe, do pai, daquela pessoa de referencia (I1)
Aqui o atendimento é bem diferente e os enfermeiros da neonatologia eles tentam fazer a gente se sentir diferente, tentam fazer a gente não se sentir dentro do hospital (M5).

As relações entre equipe e família tornam-se, na maioria das vezes, muito próximas e se refletem de forma subliminar na prestação do cuidado. São embasadas nos aspectos psicológicos, culturais de cada profissional e família de maneira individualizada.

Conseqüentemente, longos períodos de internação permitem que os pais, por passarem muitas horas na unidade neonatal, passem a acompanhar e conhecer parte de sua rotina. A equipe também, por vezes, permite relações de maior proximidade, em maior ou menor grau. Observamos que este modo de relação muitas vezes ultrapassa o âmbito profissional/hospitalar, permitindo que adentrem a aspectos pessoais e que vão além do cuidado bebê-família.

Essa outra característica diferente da UTI neonatal para a UTI adulto, a UTI neonatal ela tem um tempo de permanência muito, mais muito mais longo que a UTI adulto, então os laços que se constroem, eles também vão se refletir na questão do cuidado, e aí tem a história das empatias e das antipatias (E1).

A enfermagem, acompanhando os avanços tecnológicos em saúde, busca inovar e ressignificar sua práxis, adotando novas relações e interações, sejam elas internas ou externas, ampliando a sua aptidão na construção de saberes.

A UTIN em questão se destaca por exercer implementar o pensamento científico como base primordial na busca do melhor fazer em neonatologia, campo recente e com avanços constantes em inovações tecnológicas. As mudanças de rotinas e aplicação de novos modos de cuidar são embasados em discussões coletivas e pesquisas científicas, adequadas as particularidades e contexto do cenário e avaliados periodicamente, visando conciliar a individualização do cuidado com a implementação e oferta de boas práticas ao bebê, sua família e equipe de saúde.

A luta que foi pra gente conseguir aquela fixação da sonda de “gatinho” que uma botava ali, uma colocava aqui, uma reclamava, até que não sei como as coisas foram acontecendo que a gente nem se dá conta que hoje todo mundo quando vai fixar uma sonda, fixa a de “gatinho” (T6).

Diante da especificidade e singularidade do campo de neonatologia, a equipe e a instituição percebem o diferencial que possuem na organização hospitalar em questão. São cuidados específicos aprimorados contantemente. Com os avanços nas pesquisas, que permitem desvendar as peculiaridades do bebê pré-termo, o nível de exigência aumenta. Exemplos disso estão no fato de terem implantado na unidade POP (procedimento operacional padrão) para o uso de CCIP (cateter central de inserção periférica) e uso de NP (nutrição parenteral), destacando que também possuem implementado, a partir do conhecimento da dor que os neonatos sentem durante a realização de cuidados que vão desde a troca de fraldas até aspiração endotraqueal, a escala NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) que orienta a avaliação e condutas diante de tais procedimentos.

Condições adversas também servem como oportunidades de reavaliação de práticas e mudanças como surgimento de infecções hospitalares, que implicaram na adoção de individualização de materiais como termômetros, estetoscópios, fraldas e cuidados com a dispensação de leite materno ordenhado. Condutas que emergiram a partir da valorização e respeito as ideias emergentes de todos membros da equipe, permeado pela diversidade de saberes e opiniões e que foram sendo reavaliadas durante sua aplicabilidade.

Provavelmente é porque é uma clientela que precisa de atenção mesmo, que são os bebes frágeis, então eu acho que isso faz com que a gente queira saber mais pra poder entender um pouquinho mais da linguagem do neném que é uma linguagem peculiar e ao mesmo tempo difícil e complexa, pra gente saber talvez por isso que eles sejam assim tão focados em estudar (E03).

No que tange ao processo de trabalho multidisciplinar, alguns aspectos surgem como dificultadores/desafiadores. Um deles, apontados pelas entrevistas, é o atual espaço ocupado durante a reforma da estrutura física, que impede a proximidade e privacidade para realização de discussões periódicas. Somado a isso, há o fato de nem todos atenderem exclusivamente a UTIN, limitando sua dedicação e interação com o contexto da organização da unidade para a tomada de decisões de forma coletiva, pela troca de ideias e ponto de vista por todos os profissionais, proporcionando a viabilidade e implementação de melhores práticas na gerência do cuidado.

Nesse momento, a gente está em um período de reforma né?! Então isso quebrou um pouco o nosso processo de aprimoramento eu vou te dizer assim por conta das condições de trabalho, por conta do espaço que a gente tem hoje, então coisas hoje que antes a gente não fazia que a gente considerava que já tinham esperado o retorno de práticas não tão boas (II).

No cotidiano desta UTIN percebemos diferenças de condutas e pontos de vista, atuando como dificultadores nas relações de trabalho, desarticulando a equipe de forma que as divergências causam conflitos e implicam na falta de adesão nas mudanças propostas.

Por exemplo assim, tá, temos uma situação X num bebê, vamos nos reunir né?! Um técnico, um enfermeiro, não precisa todo mundo, um enfermeiro, um médico, uma fonoaudióloga né?! O que tiver e conversar sobre essa situação, vamos nos reunir, uma reunião como eu vou te dizer... mais informal [...]. E aí esses que participaram levar pra todo mundo em conjunto né?! Falar a mesma língua até porque os pais eles são muito atentos né?! Então eles vão questionar como questionam, aí eles vem questionar: “ah, mais fulana falou isso e fulana falou aquilo” (T4).

Ao considerarmos o aumento na oferta de tratamento intensivo a RN cada vez mais prematuros ou com alto risco de sequelas neurológicas, uma nova realidade que tem merecido atenção e preocupação é a maior susceptibilidade ao desenvolvimento de sequelas em virtude da prematuridade e intervenções sofridas durante sua internação na neonatologia.

Nós estamos tratando de um começo de vida muito atípico que pode causar uma série de transtornos pra sempre, então nós somos sim responsáveis pelo resultado do que estamos colocando na sociedade e nem todos se dão conta disso... (I2)

O campo da neonatologia é relativamente recente. Instiga, portanto, a realização de muitos estudos, onde novas rotinas e condutas

surtem, trazendo a necessidade de avançar no modo como compreende-se as funções neuro-comprtamentais do bebê submetido a UTIN, seja pelo seu subdesenvolvimento, seja pelas intervenções a que foi submetido durante sua internação.

Acho que a responsabilidade que se tem com o neonato é muito maior e também porque vocês tem que feito verdadeiros milagres, se a gente olha por exemplo o número de prematuros que tem nascido cada vez com baixo peso (E1).

A representação da articulação entre as categorias e subcategorias apresentadas e o fenômeno está ilustrada na Figura 1.

Figura 101: Diagrama representativo da articulação entre as categorias e as subcategorias apresentadas e o fenômeno. Florianópolis, SC, Brasil, 2013.



Fonte: Elaboração pelo autor.

DISCUSSÃO

A questão da prematuridade traz consigo especificidades, conferindo a necessidade de um cuidado singular e altamente especializado, exigindo aprimoramento contínuo das competências profissionais. Estudos buscam aprofundar o conhecimento sobre a prematuridade, como identificar e prevenir excesso de ruídos em UTIN (GRECCO et al., 2013) pois a perda auditiva dos recém-nascidos hospitalizados em UTIN relacionada à exposição prolongada ao ruído é um dos problemas mais divulgados na literatura (KRUEGER et al., 2005), novas estratégias de reanimação neonatal (ZAICHKIN et al., 2011), fatores de risco para hemorragias intracranianas (SCHMID et al., 2013), promoção de segurança dos pacientes em UTIN (PROFIT et al., 2012), entre outros.

Frente a este cenário de cuidado suscetível a mudanças constantes, os resultados evidenciam que a gerência da prática assistencial do enfermeiro é formada por relações e interações em seu cotidiano no micro e macro espaço organizacional e busca transpor barreiras presentes nestes ambientes para implementar melhores práticas de cuidado.

Traz, ainda, que o enfermeiro articula aspectos assistenciais e gerenciais, muitas vezes de forma centralizadora, nem sempre tendo controle das demandas, pois além das responsabilidades cotidianas, ainda conta com a imprevisibilidade característica de uma UTIN. Entretanto, como traz Morin (2007), trata-se de saber pensar o imprevisível, o circular, o recursivo, ou seja, o que escapa às concepções tradicionais de determinação causal e de tempo linear; trata-se de quebrar definitivamente as barreiras disciplinares e de construir uma ciência pluridimensional e transdisciplinar.

Ao gerenciar em enfermagem, busca-se compreender as interações que ocorrem no processo de cuidar reconhecendo as particularidades inerentes à subjetividade dos sujeitos, a multiplicidade de interpretações possíveis pela mente humana, assim como os sentimentos que estão envolvidos no processo de cuidado. Estes reconhecimentos demandam ampliar o olhar e estar aberto para a compreensão de fatos e fenômenos distintos que ocorrem em um mesmo ambiente e permeiam todas as ações de cuidado (LANZONI et al., 2011).

Buscar ampliar seus saberes e competências, implica em novos olhares sobre o gerenciamento das práticas de cuidado desenvolvidas, impulsionando o enfermeiro a descobrir novas formas de atuar, em

conjunto, reconhecendo o valor da complexidade na singularidade do seu ser e fazer. Portanto, o enfermeiro abre espaços para novas práticas em saúde que contemplem a sensibilidade, evidenciando a necessidade de usar um novo referencial que dá conta das intersubjetividades e interações no ambiente de UTIN (KLOCK, ERDMANN, 2012).

A importância da inserção da família bem como a avaliação de suas percepções e enfrentamentos, compartilhando o cuidado com a equipe multidisciplinar é um tema recorrente na literatura nacional e internacional (GALARZA-WINTON et al., 2013; MACDONELL et al., 2013; WALSH, GOSER, 2013; OLIVEIRA et al., 2013; GALLEGOS-MARTINEZ et al., 2013; SCHMIDT et al. 2012; KIBGEN et al., 2012) e imprescindível para o cuidado neonatal.

Contemplando a sensibilidade e fragilidade que permeia a questão da prematuridade, a família aparece como fonte de apoio essencial, participando de forma ativa desse processo. A participação da família nuclear (pai, mãe e irmãos) e extensa (avós, tios e primos) nesse momento de fragilidade, e o apoio daqueles em quem se confia, tenham estes laços sanguíneos ou não (amigos, vizinhos), constituem um valioso suporte emocional (SOUSA et al., 2008).

Nesta perspectiva, há um estudo que sinaliza que enfermeiros da UTIN e médicos devem ser encorajados a refletir criticamente sobre se o tipo e a consistência de apoio que prestam aos pais está em linha com as percepções e necessidades dos pais (FRANCK; AXELIN, 2013). Inserir os pais no cenário de UTIN significa não apenas colocá-los com expectadores onde a equipe delimita quais cuidados irão realizar, mas sim acolher suas opiniões e sentimentos e discutir em conjunto as condutas tomadas, considerando/conciliando a habilidade técnica e desejos paternos.

No que se refere ao trabalho multidisciplinar, constatou-se que sua articulação é valorizada de forma unânime por todos os membros da equipe, trazendo benefícios para promover a busca, implementação e avaliação de novas práticas de cuidado bem como proporcionar boas relações entre os atores envolvidos no cenário da neonatologia. Entretanto, apontam-se fatores limitantes como necessidade de maior frequência na discussão de tomada de condutas, sejam gerenciais ou assistenciais, onde todos agem de forma comprometida e responsável.

Para prestar um cuidado de qualidade para as crianças e suas famílias, é necessário coesão entre a equipe, incluindo a competência profissional, o respeito mútuo, responsabilidade, comunicação eficaz e colaboração (BARBOSA, 2013). Trabalhar em equipe não significa apenas agregar funções para o alcance de um objetivo comum.

Representa aliar competências, compreender divergências e estabelecer um processo relacional integrador e problematizador, capaz de resgatar os sentimentos verdadeiramente humanos (REIS et al., 2013).

As ações voltam-se para a preocupação e compromisso profissional em não simplesmente garantir a sobrevivência do bebê pré-termo, mas garantir a qualidade de vida para ele e sua família. É crescente a incorporação de cuidados que busquem evitar iatrogenias e sequelas a este ser, buscando integrá-lo a sua família e sociedade com qualidade de vida. Cuidados que contemplem a redução de sequelas bem como o acolhimento/orientação adequada a família para os cuidados que antecedem a alta hospitalar, visando a continuidade da assistência em saúde de qualidade (BONIFACIO et al., 2011; GLASS et al., 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em face ao modo como o cenário da UTIN se configura, permeada por transformações constantes, compreendemos que o enfermeiro se destaca com o papel fundamental de articulação em frente às relações/interações no cotidiano assistencial e organizacional. Envolve e é envolvido pelos familiares e demais profissionais da equipe de saúde, bem como os serviços de apoio, a buscar soluções e alternativas frente a desafios e limitações que emergem no cotidiano da terapia intensiva, utilizando-se de autonomia e criatividade.

Os resultados apontam a necessidade de estreitar os laços da equipe multiprofissional, pontuados como fragmentados, na perspectiva de otimizar e aprimorar a aplicação de melhores práticas, englobando a pluralidade de saberes, exercitando a comunicação, indo ao encontro do objetivo comum que é a excelência do cuidado ao neonato e sua família.

A pesquisa aponta, ainda, que inserir os pais no cuidado ao seu filho vai além de permitir/proporcionar sua presença na UTIN, mas sim colocá-los como atores ativos e colaborativos nos processos decisórios nas condutas terapêuticas, instrumentalizando-os para ressignificar o processo de nascimento deste ser único, frágil, singular, permitindo que exerçam o cuidado/vínculo não apenas na eminência da alta hospitalar, mas desde o primeiro contato pele-a-pele.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, S.M.S. A Política Nacional de Aleitamento Materno. In: **O aleitamento materno no contexto atual**. Políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier. 2008 p. 70-101.

BARBOSA, V.M. Teamwork in the neonatal intensive care unit. **Phys. Occup. Ther. Pediatr.**, v.33, n.1,p.5-26, 2013.

BONIFACIO, S.L; et al. A new neurological focus in neonatal intensive care. **Nature reviews. Neurology**, v. 7, n. 9, p. 485-94, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru: manual do curso**. Brasília (DF); 2011.

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 Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2005.

CRESWELL, J.W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296p.

ERDMANN, A.L.; BACKES, D.; MINUZZI, H. Care management in nursing under the complexity view. **Online Braz. J. Nurs.**, v.7, n.1, 2008. Disponível em:

<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1033/313>>. Acesso em: 10 de novembro de 2011.

FRANCK, L.S.; AXELIN, A. Differences in parents', nurses' and physicians' views of NICU parent support. **Acta paediatrica**, v. 102, n. 6, p. 590-6, 2013.

GALARZA-WINTON, M.E. et al.. Implementing family-integrated care in the NICU: educating nurses. **Advances in Neonatal Care**, v. 13, n. 5, p. 335-340, oct. 2013.

GALLEGOS-MARTINEZ, J.; REYES-HERNANDEZ, J. e SCOCHI, C.G.S. O neonato prematuro hospitalizado: significado da participação

na Unidade Neonatal para os pais. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6 p. 1360-1366, 2013.

GLASS, H.C., et al. Neurocritical care for neonates. **Neurocritical care**, v. 12, n. 3, p. 421-9, 2010.

GRECCO, G.M. et al. . Repercussões do ruído na unidade de terapia intensiva neonatal. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 1, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 fev. 2014.

JOCHEN, P.; et al. The Safety Attitudes Questionnaire as a tool for benchmarking safety culture in the NICU. **Arch. Dis. Child Fetal Neonatal**, v. 97, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22337935>>. Acesso em: 15 jan. 2014

KAHAN, B.; GOODSTADT, M. **The IDM Manual**: a guide to the IDM (Interactive Domain Model) Best Practices Approach to Better Health. 3. ed. Centre for Health Promotion: University of Toronto, 2005. Disponível em: <http://www.utoronto.ca/chp/download/IDMmanual/IDM_basics_dist05.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2013

KIGEN, R.; et al. Die psychosoziale Versorgung in der Neonatologie in Deutschland: Eine quantitativ-empirische Bestandsaufnahme aus ärztlicher Perspektive. **Z Geburtshilfe Neonatol**, v. 216, n. 6, p. 259-268, 2012.

KLOCK, P.; ERDMANN, A.L. Cuidando do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva: Convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 1, p.45-51, 2012.

KRUEGER, C.; et al.. Elevated sound levels within a busy NICU. **Neonatal Netw.**, v.26, n. 6, p. 33-7, 2005.

LANZONI, G.M.M. et al..Interações no ambiente de cuidado: explorando publicações de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 3, p. 580-586, 2011.

MACDONELL, K., et al. Implementing family-integrated care in the NICU: engaging veteran parents in program design and delivery. **Advances in Neonatal Care**, v.13, n. 4, p. 262-69, ago. 2013.

MORIN, E. **O método 5: A humanidade da humanidade**. Sulina, 2007. 4ª.ed. 309p.

OLIVEIRA, K. et al. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 fev. 2014.

PROFIT, J., et al. The Safety Attitudes Questionnaire as a tool for benchmarking safety culture in the NICU. **Arch. Dis. Child Fetal Neonatal**, v.97, n.2 p.127-32, 2012.

SCHMID, M.B.; REISTER, F.; MAYER, B.; HOPFNER, R. J.; FUCHS, H.; HUMMLER, H. D. Prospective Risk Factor Monitoring Reduces Intracranial Hemorrhage Rates in Preterm Infants. **Dtsch. Arztebl. Int.**, v.110, v. 29-30, p. 489-96, 2013.

SCHMIDT, K.T. et al. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 fev. 2014.

SOUSA, J.C.; SILVA, L.M.S; GUIMARÃES, T.A. Preparo para alta hospitalar do recém-nascido de risco de uma Unidade de tratamento intensivo neonatal: uma visão da família. **Rev. Enferm. UFPE**, v.2, n. 2, p. 146-54, abr/jun 2008. Disponível em: <<http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/1268.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2013

REIS, L.S. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.34, n.2, p. 118-124, 2013.

WALSH, J.; GOSER, L. Development of an innovative NICU teen parent support program: one unit's experience. **Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, v. 27, n. 2, 2013.

ZAICHKIN, J.; WEINER, G. M. Neonatal Resuscitation Program (NRP) 2011: new science, new strategies. **Adv. Neonatal Care**, v. 11, n. 1, p.43-51, 2011.

5.8 ARTIGO 3 - O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UMA UTIN: ESPECIFICIDADES E IMPLICAÇÕES AO BEBÊ PRÉ-TERMO

O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: ESPECIFICIDADES E IMPLICAÇÕES AO BEBÊ PRÉ-TERMO

Patricia Klock¹

Alacoque Lorenzini Erdmann²

RESUMO

Este estudo teve como **objetivo** compreender a especificidade das práticas de cuidado de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal a partir dos significados atribuídos pelos profissionais da Equipe de Enfermagem e demais atores envolvidos (família e demais profissionais de saúde) e respectivas consequências. **Método:** Pesquisa qualitativa que adotou como desenho de pesquisa a Teoria Fundamentada nos Dados. Participaram 22 sujeitos divididos em quatro grupos amostrais (enfermeiros, técnicos de enfermagem, profissionais da equipe de saúde e mães com filhos internados). Os dados foram obtidos a partir de entrevistas e analisados mediante análise comparativa. **Resultados:** A gerência das práticas de cuidado de enfermagem está fundamentada na vivência das relações/interações com os familiares e demais atores da equipe de saúde, buscando implementar melhores práticas no cenário da neonatologia. Assim, consideram a fragilidade que envolve a prematuridade, prestando o cuidado sensível e

¹ Doutoranda pelo Programa de Pós Graduação de Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Chefe de Enfermagem do Serviço de Neonatologia do Hospital Polydoro Ernani de São Thiago (HU) da UFSC. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde (GEPADES). Endereço: Campus Universitário – Trindade- Florianópolis - Santa Catarina - Brasil. Cep. 88040-900 E-mail: patynurse@hotmail.com. Autor correspondente.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora Titular do Departamento de Enfermagem da UFSC, Bolsista 1A de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Florianópolis, SC, Brasil.

individualizado. **Implicações:** Destaca-se a valorização da articulação dos diferentes saberes da equipe multidisciplinar, contemplando a complexidade das relações/interações em neonatologia, ressignificando a assistência neonatal, promovendo a excelência do cuidado, minimizando riscos de sequelas aos bebês pré-termos extremos.

DESCRITORES: Enfermagem. Enfermagem Neonatal. Gerência. Gestão em Saúde. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um local marcado pela tecnologia de ponta, onde profissionais atarefados dividem espaço com os bebês e com toda variedade de equipamentos necessários para o suporte de suas vidas (BRASIL, 2002). É um campo em constante desenvolvimento na área da saúde, desempenhando atividades assistenciais, de ensino ou de pesquisa, contribuindo para avanços tecnológicos, tendo como foco o cuidado ao recém-nascido.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), a mortalidade neonatal tem diminuído em todo o mundo. O número de mortes entre bebês de 0-28 dias de vida diminuiu de 4,6 milhões em 1990 para 2,8 milhões em 2012. Embora alguns avanços estejam acontecendo, a distribuição ainda acontece de forma desigual em todo o mundo. As reduções ocorreram principalmente no Leste da África e Pacífico (56%), a América Latina e Caribe (55,7%). Tratando-se do Brasil, a redução da mortalidade neonatal foi de 9,2% (UNI-IGME, 2013). Na média do Brasil, o risco de morte durante o primeiro ano de vida da criança se reduz de 27,4 por mil, em 2000 para 20,6 por mil, em 2006. Na região Sul do país, dados da secretaria de saúde trazem que Santa Catarina possui a menor taxa de mortalidade infantil da região e do Brasil.

Assim, associado a diminuição da mortalidade infantil, os avanços científicos estão promovendo mudanças na prática de cuidar em neonatologia, levando em conta aspectos como melhor compreender as características do desenvolvimento no recém-nascido pré-termo e a importância de inserir a família no cuidado ao seu filho, pautado nas relações e interações que acontecem neste cenário/contexto de cuidado. Cada vez mais a equipe de saúde busca desenvolver suas habilidades técnicas atreladas à produção e incorporação de novos conhecimentos científicos, adequando-se a singularidade que envolve a condição de nascer e sobreviver enquanto pré-termo, propiciando a

construção/desenvolvimento de melhores práticas neste ambiente da UTIN.

Além da equipe de saúde, toda a organização do cuidado prestado percebe a necessidade de avanços, com vistas a oportunizar práticas de cuidados eficientes, visando minimizar eventos adversos e sequelas. Para tal, a organização das práticas de cuidado torna-se imprescindível para contribuir no contexto de terapia intensiva neonatal, onde tecnologias de ponta dividem espaço com a fragilidade da vida/sobrevida de um bebê pré-termo.

Um estudo realizado mostrou que as enfermeiras caminham na busca de novos patamares, comprometidas com o viver/sobreviver do bebê prematuro e suas famílias, de forma digna e ética, minimizando limitações e sofrimentos. Por parte dos familiares de bebês internados, revelou um sentimento de gratidão e confiança estabelecidos durante o período de internação, além da existência de uma motivação singular subjacente aos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem (KLOCK, 2009).

No estudo de Klock (2009) também foram desvelados alguns aspectos relacionados à gerência do cuidado promovido em UTIN, como sendo fatores apontados pelas enfermeiras como indispensáveis para nortear o cotidiano da prática profissional, visando melhorias na assistência em neonatologia. Apontaram a necessidade de exercitar competências que vão além da habilidade técnica e administrativa, atuando como interlocutor e articulador, identificando conflitos e modos de enfrentá-los, promovendo relações de confiança entre os membros da equipe-ambiente de trabalho e equipe-família, potencializando o diálogo, autonomia e conhecimentos.

O cenário da UTIN apresenta modos singularidades no cuidado do RN em condições de cuidados intensivos, destacando sua vulnerabilidade e alto risco de mortalidade, sem deixar de envolver a humanização em seu cotidiano. Atualmente, aliado a busca pela sobrevivência dos prematuros, há a preocupação em sua qualidade de vida diante da sua sobrevivência. O cuidado em UTIN se fortalece como uma das áreas da Enfermagem em constante desenvolvimento, visando conciliar os avanços tecnológicos importantes para o sobreviver do bebê prematuro com abordagens que valorizam as inter-relações em seu cotidiano, de modo sistêmico (KLOCK, 2009).

“Os profissionais que atuam em UTIN tiveram que aprender com os prematuros e os recém-nascidos de risco a aliar em seus cuidados a delicada interface entre os aspectos técnicos e os afetivos necessários para administrar a terapia que promova não somente a sobrevida de

bebês organicamente saudáveis, mas também o seu desenvolvimento neurológico e a sua integração ao convívio familiar” (COSTA; PADILHA, 2011).

Porém, é evidente que no cotidiano do cuidado, o enfoque está centrado principalmente nas características fisiológicas não contribuindo concretamente para a redução da vulnerabilidade do recém-nascido. Faz-se importante ampliar a atuação da enfermagem em diferentes espaços assistenciais visando à promoção da saúde e prevenção de agravos do recém-nascido contribuindo, conseqüentemente, para a redução de internações em unidade de terapia intensiva neonatal e a morbimortalidade infantil (CASTRO, 2009).

Desta forma, inquietações surgiram, como um convite para a realização desta pesquisa: Como os profissionais de enfermagem e saúde gerenciam suas práticas de cuidado dentro da UTIN, nas suas diferentes dimensões (assistenciais, gerenciais e educativas)? Como experienciam a busca do fazer melhor diante das especificidades das situações de vida e saúde dos bebês pré-termos e suas famílias internados na UTIN?

Assim, as formulações iniciais do problema de pesquisa foram: Como são vivenciadas as relações e interações dos profissionais da enfermagem e da saúde na organização do cuidado de enfermagem no lidar com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato em unidades de terapia intensiva neonatal? Quais os significados dessas vivências, tida por eles como melhores práticas a esses bebês pré-termos e suas famílias?

Este estudo, portanto, teve como objetivo compreender a organização das práticas de cuidado de enfermagem em UTIN a partir dos significados atribuídos pelos profissionais da Equipe de Enfermagem e demais atores envolvidos (família e demais profissionais de saúde) sobre as relações e interações do cuidado no lidar com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato destacando as especificidades do cuidado de enfermagem em UTIN e respectivas conseqüências.

MÉTODOS

Pesquisa qualitativa que assumiu o referencial metodológico da *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como caminho para compreender o fenômeno sob investigação.

O local do estudo foi o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, inaugurado em 1980, totalmente público. Foi concebido na

perspectiva do trinômio ensino, pesquisa e extensão. Além disso, é centro de referência do Método Canguru na região sul pelo Ministério da Saúde. Tal escolha se processou pelo fato de que este local evidenciou as necessidades e justificativas para a realização da pesquisa. O estudo recebeu aprovação da Instituição para realização do mesmo em 07 de maio de 2012. Após, foi encaminhando e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sob o n. 34548.

Foi utilizada para coleta de dados, a entrevista semi-estruturada, realizada individualmente, transcrita na íntegra, e inserida no software *NVIVO*[®]. Ocorreu no local de trabalho ou em outro ambiente da escolha do participante, no período de maio a agosto de 2012.

A amostragem teórica foi composta por quatro grupos amostrais, perfazendo um total de 22 participantes: 1º.) enfermeiros gerenciais e assistenciais (E1 - E6); 2º.) 06 profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem (T1 - T6); 3º.) 05 profissionais de saúde (médico, psicóloga, fonoaudióloga, assistente social, nutricionista) que atuam diretamente na UTIN (I1 - I5); e, 4º.) 05 familiares (M1 - M5). As questões norteadoras para as entrevistas buscaram explorar como as relações e interações dos profissionais da enfermagem e da saúde na organização do cuidado de enfermagem, ao lidar com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato e os significados dessas vivências, tida por eles como melhores práticas a esses bebês pré-termos, considerando suas possíveis consequências.

A estratégia metodológica utilizada para a análise dos dados foi a Análise Comparativa. Portanto, tão logo iniciada a coleta de dados, procedeu-se a codificação ou análise dos mesmos, auxiliada pelo software *NVIVO*[®]. A análise substantiva dos dados foi feita através da codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. Ao final do processo de análise, emergiram 06 categorias que sustentam o fenômeno “Gerência do cuidado de enfermagem: incorporando melhores práticas em uma unidade de terapia intensiva neonatal”. Dentre essas categorias, duas destacaram-se como processos norteadores do fenômeno: “Compreendendo as especificidades no cuidar em UTIN” e “Importando-se com as repercussões do cuidado ao bebê pré-termo em ambiente crítico e tecnológico”. Assim, optou-se por abordá-las separadamente conferindo visibilidade às suas respectivas subcategorias.

RESULTADOS

Quadro 15: Quadro representativo da articulação entre as categorias e as subcategorias.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<p style="text-align: center;">COMPREENDENDO AS ESPECIFICIDADES NO CUIDAR EM UTIN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Envolvendo atitudes de carinho e sensibilidade no cuidado 2. Atribuindo a linguagem do bebê pré-termo como peculiar e complexa 3. Encontrando particularidades por ser um ambiente fechado 4. Tendo que lidar com o extremo entre vida e finitude
<p style="text-align: center;">IMPORTANDO-SE COM OS REFLEXOS/CONSEQUÊNCIAS DO CUIDADO AO PRÉ-TERMO</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Considerando a importância da prevenção de sequelas/danos 6. Conciliando tecnologia e ações emergenciais com cuidado sensível/frágil/delicado

Fonte: Elaboração do autor.

A singularidade do cuidado no ambiente da UTIN se manifesta e acontece em diferentes níveis de complexidade/gravidade, de maneira concomitante. Por um lado, vemos um bebê grave, sedado, entregue ao suporte tecnológico, dentro de uma incubadora umidificada, que exige até certo esforço para perceber que ele está lá, delicado, instável, onde minutos equivalem a horas. Sua pele é tão frágil que até uma assepsia para uma punção venosa pode causar queimadura química. Por outro lado, a alguns passos, pode-se observar um bebê no seu primeiro ensaio em ser amamentado, requerendo habilidade e paciência do profissional em ser um coadjuvante entre mãe e filho, que precisam se reconhecer e entrar em sintonia para que o aleitamento se estabeleça com satisfação e sucesso.

A imprevisibilidade permeia o cuidado neonatal, nas suas diferentes configurações e momentos, em seus diferentes níveis de complexidade, porém no mesmo grau de importância. Neste contexto, tanto o êxito em uma punção venosa quanto auxiliar uma mãe a realizar

sua primeira troca de fraldas possuem o mesmo valor. Vislumbra-se, assim, que emergem relações de troca, interdependentes e integradas, buscando o ajuste e sintonia nestes diferentes modos de cuidado, prestados de forma concomitante e singular.

Se tu trabalha bem e com carinho e não sobrecarregado porque tens que trabalhar ali, tu faz acontecer entendeu?! Tu faz com que as coisas se desenvolvam tanto a técnica, como a tua paciência, como o convívio com parentes, no caso pai e mãe (T4).

Eu tenho que focar na atenção, naquele ser, que é um ser em desenvolvimento e se minha atenção naquela hora for inadequada eu posso estar prejudicando este bebê que está em processo de modelar essas criaturas pra no futuro poder viver com mais afetividade (I2).

O olhar clínico se aprimora na medida em que se assimilam conhecimentos teórico-práticos acerca da especificidade perinatal. Entretanto, associar a atenção humanizada nasce através de uma mudança de paradigma que vem estabelecendo-se ao longo dos anos ao considerar o bebê como protagonista e não como objeto de cuidado, além de incluir sua família – considerando seus aspectos culturais, psicológicos e sociais – ao prestar o cuidado.

Na medida que este novo paradigma se estabelece, desconstruindo e reconstruindo as práticas assistenciais, contata-se a importância das relações e interações entre bebê, família e equipe. Conhecer e reconhecer os sinais, estabelecer diálogos e trocas, promove o cuidado humanizado almejado. Ora sobressaindo o conhecimento profissional, ora o apego/vínculo/crença da família, caminhando de maneira a criar uma harmonia que favoreça a saúde e minimize a dor, fragilidade, cansaço comuns ao neonato, seus familiares e equipe.

A partir destas vivências, singulares, a equipe de enfermagem aponta a linguagem do bebê pré-termo como peculiar, difícil e complexa, permeada pela presença simultânea de lutar pela vida e sua limitação perante a finitude.

A gente cuida de uma forma diferente é mais o carinho, o toque é uma coisa bem diferenciada da gente (T3).

O que eu vejo da UTIN, a minha paixão com a UTI neonatal é a vida chegando entende?! É a vida chegando... (I4)

Um aspecto peculiar levantado por tratar-se de um ambiente fechado é que a equipe da UTIN durante seu turno de trabalho, por passar grande parte do tempo próxima, cria relações que vão além do profissional, com envolvimento pessoal. Dependendo de como está articulada, cria ora momentos de descontração, ora momentos de conflitos. Notamos que este grupo fechado de trabalho cria personalidade própria, características comuns o que reflete na recepção de novos profissionais – avaliados pela sua capacidade de atuar na UTIN e se inserir neste grupo.

A questão de aceitar, de receber esses profissionais, eu sou suspeita de falar porque eu fui muito bem recebida, logico, teve no começo algumas pessoas que não me davam “bom dia” e eu fui conquistando aos poucos (I3).

Experenciarmos a vida que surge, que se inicia, coloca o profissional, neste estudo, o da Enfermagem, como ator neste momento único, independente do nível de assistência prestada. Para os pais/familiares, a angústia, ansiedade e a necessidade de acolhimento, diante da internação de seu filho em UTIN existe, seja qual for o diagnóstico. E é neste profissional que se lança a busca por orientações, apoio e clareza da realidade por vezes inesperada. Se configura então uma concretização de troca, viabilizando as relações, proporcionando o cuidado único, individualizado, mas também se reflete no profissional que cuida, uma vez que ele absorve, sente e vivencia emoções enquanto desenvolve suas funções.

Quanto mais tempo o bebezinho fica na unidade mais acontece a formação de apego da equipe com esse bebê, então quando ele vai a óbito há um sofrimento, não é raro quando vai a óbito um bebê dessa natureza de muito tempo de internação que as gurias vão lá pro corredor chorar, vão lá pra sala do lanche chorar, ou quando veem a família em torno (I2)

Ainda que de forma discreta e pouco articulada, no que tange a interdisciplinariedade, percebemos que é crescente que a busca por melhores práticas neonatais contemple a prevenção de eventos adversos e considere a fragilidade e imaturidade do bebê atendido, principalmente pelo risco de sequelas, como as neurológicas. Não basta apenas sua sobrevivência, a qualquer custo“ mas sim importar-se com a qualidade de vida/sobrevida deste bebê e como ele será inserido na sua família e na sociedade após sua alta hospitalar.

Isso é muito sério, quando eu digo assim, é coisa de muita seriedade, de muita responsabilidade que nós temos na mão, entendeu?! Então é uma coisa assim que me corta o coração quando eu vejo que as pessoas não olham pra isso [...] e volta pra casa sem saber o que deixou, será que hoje eu sequelei menos, ou será que eu sequelei mais, será que hoje eu construí ou destruí os neurônios que ainda estão em fase de desenvolvimento? (I2)

Claro que a situação que está ali para uma família que tem uma expectativa frente a equipe no sentido da resolução e de garantir a sobrevida, essa família muitas vezes não consegue avaliar o que que é, por exemplo, ter uma criança com qualquer seqüela resultante desse cuidado com prematuros (E1).

A especificidade/singularidade/fragilidade do bebê pré-termo, onde a regulação térmica do contato pele-a-pele garante estabilidade fisiológica, a presença da família resulta em avanços terapêuticos, requer um reinventar diário. Convida e desafia seus profissionais a trabalharem paralelamente com habilidades técnicas minuciosas e cuidado humanizado, como prevenção de dor com oferta de gotas de leite materno ao realizar punções venosas, necessárias, por exemplo, para antibioticoterapia.

“Mãe pode tocar, não precisa ter medo”, e eu achei que era só ver pelo ladinho assim né?! E eles falavam “ó mãe pode tocar, mas antes de tocar conversa com ele” ... Eu ia tocar, eu tocava na cabecinha, tocava nos pezinhos... ele se encolhia... ele sentia que era eu que estava ali sabe?! Daí ele se encolhia todo, dava risada, me dava mais alegria sabe?! Muita emoção assim

né?! Eu vi que ele estava com força, vontade de sobreviver, e eu sempre conversava com ele sempre, daí depois eu fui sabendo tudo, foram me ensinando o que fazer (M1).

A representação da articulação entre as categorias e subcategorias apresentadas e o fenômeno está ilustrada na Figura 1.

Figura 112: Diagrama representativo da articulação entre as categorias apresentadas e o fenômeno. Florianópolis, SC, Brasil, 2013.



Fonte: Elaborado pelo autor

DISCUSSÃO

Os resultados apontam peculiaridades encontradas no cenário de uma unidade de cuidados intensivos, voltadas ao neonato. É constituído pela presença e investimento em tecnologias de cuidado, que se estabelecem a partir de investigações sobre o comportamento

neurofisiológico do prematuro, principalmente extremo, viabilizado pela utilização/acesso de recursos como por exemplo óxido nítrico inalatório, corticosteroides, implementação de protocolos, investimento em segurança do paciente (MEADOW et al. 2004; WETZEL et al., 2013; RAJU et al., 2011; MORRIS et al., 2009).

Concomitante a estes fatores, contempla o ser de cuidado também em seu aspecto sensível e frágil, perceptíveis por características como instabilidade térmica, reações de dor a procedimentos/manipulação excessiva, fragilidade venosa diante de punções frequentes (HEIMANN et al., 2010; GANZEWINKEL et al., 2013; DEL PRATO et al., 2010).

A equipe aponta que a fragilidade inerente a prematuridade destaca como importante pensar na segurança em saúde, considerando a análise e redução de erros sistemáticos e danos relacionados a seus pacientes. Em unidades de terapia intensiva neonatal as áreas mais frequentemente associados com os erros médicos são medicamentos, incluindo a prescrição, preparação, administração e monitoramento; infecções; ventilação mecânica; eventos relacionados com a utilização de equipamentos ou procedimentos e, mais recentemente, fadiga dos profissionais e estratégias de comunicação (DOTTA et al., 2013).

São pontos que favorecem a diminuição dos índices de mortalidade, provocando desafios no tratamento e sobrevida de bebês cada vez mais pré-termos.

A neonatologia incide sobre o início da vida e coloca a sua ênfase principal na transição de intra-uterina para a vida extra-uterina. Hoje, os maiores desafios são pré-termos extremos e bebês com malformações complexas. Cuidados intensivos altamente especializados permitem a sobrevivência em ambos os grupos de alto risco, mas permanece um número significativo de crianças sobreviventes com sequelas graves. Isso exige pesquisa visando melhor entendimento e apoio as mudanças adaptativas e pode, simultaneamente, levar a dilemas éticos sobre a limitação de cuidados intensivos (BUCHER, 2013).

Através de um enfoque mecanicista e simplificador, o cuidado ao ser humano é frequentemente oferecido de maneira fragmentada. Portanto, o cuidado de enfermagem, visualizado a partir das conexões intersubjetivas, possibilita reconhecer o ser humano, seja ele profissional ou doente, superando o modelo biologicista. Em outras palavras, o cuidado se expressa a partir de uma dinâmica não linear que origina um número ilimitado de interações, relações e associações necessárias para alimentar o sistema de cuidados de enfermagem de forma ampla e complexa (KLOCK et al., 2008).

Os dados desta pesquisa apontam a convivência do modelo biologicista com uma prática assistencial que incorpore a individualidade/particularidade de cada bebê pré-termo, justamente motivado/impulsionado pelas infinitas possibilidades de interações impressas neste ambiente fechado da UTIN, como um sistema complexo. O modelo biologicista incorporado da valorização do toque, aconchego, cuidado com manipulação mínima podem ser vistos como “entidades ou substâncias complementares, concorrentes e antagônicas que se alimentam uma da outra, se completam, mas também se opõem e combatem” (MORIN, 2007).

Percebemos que as políticas públicas implantadas, voltadas ao cuidado do RN de baixo peso e sua família, trazem novas maneiras de perceber a prática assistencial, desorganizando e reorganizando saberes, incorporando e articulando cada vez mais os atores que constituem este micro e macro espaço (BRASIL, 2011; SCHLEZ et al., 2011; DAVANZO, 2013; BARBOSA, 2013).

Emergiram nos depoimentos a crescente preocupação com a qualidade de vida dos bebês pré-termos graves sobreviventes, diante desta configuração tecnológica de ponta e a sensibilidade no cuidado, pois “necessitamos de potencial intelectual e ético para cuidar da vida do ser humano no tocante a sua saúde, entendendo que o cuidado à saúde é um valor, pois nele estamos comprometidos com o viver humano e a vida nas suas diversas possibilidades de viver” (ERDMANN, 2009).

Diante deste comprometimento, evidenciado nos dados desta pesquisa, identificamos que vão ao encontro de estudos que abordam maneiras de promover melhores práticas de cuidado que utilizem a criatividade, sensibilidade e conhecimentos científicos no cotidiano da UTIN como o uso de leite materno para o alívio dor durante a realização de oftalmoscopia (RIBEIRO et al., 2013) e efeito do cuidado “canguru” comparado a oferta de leite materno sobre a dor na remoção de fita adesiva na pele de neonatos com muito baixo peso (NANAVATI et al., 2013).

Assim, percebemos que o ambiente de UTIN destaca-se por suas particularidades e está sob constante processo de transformação e ressignificados, tendo o enfermeiro como responsável pelas articulações/interações nas relações de cuidado, à medida que toda equipe de saúde busca a implementação de melhores práticas na organização da assistência neonatal, oferecendo aos neonatos sua sobrevivência com o mínimo de sequelas possíveis, acompanhados de

sua família e resultando em gratificação profissional a todos os atores pertencentes a este cenário ímpar de cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A possibilidade de aplicar a motivação e criatividade diante das inquietações e desafios na organização do cuidado em neonatologia, impulsionam e instigam os profissionais da Equipe de Enfermagem e demais atores envolvidos (família e demais profissionais de saúde) a entender fenômenos que a envolvem, valorizando e considerando os diversificados pontos de vista, desvelados na medida em que analisam e conferem significados ao que vivenciam, avançando na aprimoração de conhecimentos.

Este processo é envolto pelas relações e interações do cuidado no lidar com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato destacando as especificidades do cuidado de enfermagem em UTIN e respectivas consequências, visando evitar o surgimento de sequelas ao bebê pré-termo que esteve submetido aos procedimentos/tratamentos/manipulação em uma UTIN.

Destaca-se também que a inserção da família no cuidado neonatal vem se destacando como uma das boas práticas em saúde que visam a qualidade de vida dos recém-nascidos e a redução de sequelas ligadas à internação na UTIN.

Portanto, evidencia-se a necessidade de estreitar a articulação entre os diferentes saberes que participam do cuidado neonatal, objetivando a viabilização de melhores práticas na organização deste cenário, dando relevância e valorização as diferentes abordagens multidisciplinares, sob seus diversos prismas, agregando qualidade e sensibilidade aos crescentes avanços tecnológicos.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, V.M. Teamwork in the neonatal intensive care unit. **Phys Occup. Ther. Pediatr.**, v.33, n.1,p.5-26, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde - Área de Saúde da Criança **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método mãe canguru**: manual do curso. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção**

humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. 2. ed. – Brasília, 2011.

BUCHER, H.U. Die Zukunft der Neonatologie: Möglichkeiten und Grenzen. **Praxis**, v.102, n.15, p. 919-24, 2013.

CASTRO, B.P. **Vulnerabilidades e a saúde do recém-nascido:** contribuições da assistência de enfermagem. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

COSTA, R.; PADILHA, M.I. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.32, n.2, p. 248-55, 2011.

DAVANZO, R. et al.. Intermittent kangaroo mother care: a NICU protocol. **J. Hum. Lact.**, v.29, n.3, p.332-8, 2013.

DEL PRATO, F. et al. PICC: central venous access by the peripheral route. Medical-nursing aspects. **Minerva Pediatr.**, v.62, n.3, p.161-3, 2010.

DOTTA, A., et al. Accreditation of birth centres: advantages for newborns. **Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v.26, n.4, p.417-18, 2013.

ERDMANN, A.L. A necessidade de atingirmos novos patamares na pesquisa de enfermagem. **Acta Paul. enferm.** v.22, n.2, p.v-vi, 2009.

GANZEWINKEL, C. et al. Chronic Pain in the Newborn: Toward a Definition. **Clin. j. pain.**, 2013.

HEIMANN, K. et al.. Impact of skin to skin care, prone and supine positioning on cardiorespiratory parameters and thermoregulation in premature infants. **Neonatology**, v.97, n.4, p.311-7, 2010.

KLOCK P. **Cuidando do recém-nascido em UTIN:** convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

KLOCK, P. et al. Vislumbrando las conexiones intersubjetivas del cuidado de enfermería. **Avance Enferm.**, v.26, n.1, p.13-21, 2008.

MEADOW, W. et al. Changes in mortality for extremely low birth weight infants in the 1990s: implications for treatment decisions and resource use. **Pediatrics**, v.113, n.5, p.1223-9, 2004.

MORIN, E. **O método 5: A humanidade da humanidade – a vida humana.** Porto Alegre:Sulina, 2007. 309p.

MORRISS, F.H.J. et al. "Nurses Don't Hate Change" – survey of nurses in a neonatal intensive care unit regarding the implementation, use and effectiveness of a bar code medication administration system. **Healthc Q**, v.12, n. esp., 2009.

NANAVATI, R.N.; BALAN, R.; KABRA, N.S. Effect of kangaroo mother care vs expressed breast milk administration on pain associated with removal of adhesive tape in very low birth weight neonates: a randomized controlled trial. **Indian. Pediatr.**, v.50, n.11, p.1011-5, 2013.

RAJU, T. N. K.; SURESH, G.; HIGGINS, R.D. Patient safety in the context of neonatal intensive care: research and educational opportunities. **Pediatr. Res.**, v.70, n.1, p.109-15, 2011.

RIBEIRO, L. M. et al.. Human milk for neonatal pain relief during ophthalmoscopy. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.47, n.5, p.1039-45, 2013.

SCHLEZ, A., et al. Combining kangaroo care and live harp music therapy in the neonatal intensive care unit setting. **Israel Med. Assoc. J.**, v.13, n.6, p.354-8, 2011.

UNI-IGME. **Levels & trends in child mortality.** Report: 2011.

WETZEL, E. A., et al. Identification of latent safety threats using high-fidelity simulation-based training with multidisciplinaryneonatology teams. **Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.**, v.39, n.6, p. 268-73, 2013.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, retomam-se os principais achados da pesquisa, apontam-se possíveis desdobramentos e aprofundamentos para investigações futuras com relação à problemática em foco.

Duas questões nortearam a realização desta pesquisa: Como são vivenciadas as relações e interações dos profissionais da enfermagem e da saúde na gerência do cuidado de enfermagem no lidar com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato em UTIN? Quais os significados dessas vivências, tida por eles como melhores práticas a esses bebês pré-termos e suas famílias?

Estes questionamentos conduziram a formulação de dois objetivos principais: compreender a gerência das práticas de cuidado de enfermagem em UTIN a partir dos significados atribuídos pelos profissionais da Equipe de Enfermagem e demais atores envolvidos (família e demais profissionais de saúde) sobre as relações e interações do cuidado no lidar com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato em uma UTIN. E, desta compreensão, construir uma matriz teórica do sistema/organização de cuidado de Enfermagem em UTIN que incorpore os processos de construção/desenvolvimento de melhores práticas nesse cenário/contexto de cuidado.

Para atingir esses objetivos foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, com a metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados. A soma da escolha do caminho metodológico permeado das propostas teóricas do paradigma da complexidade e boas práticas em enfermagem e saúde que refinam este processo de pesquisa, motivaram o investigador diante das descobertas emergentes dos dados, em movimentos constantes de ir e vir, na medida em que o fenômeno se concretizava, tornando-se palpável e conferindo consistência ao estudo, trazendo respostas aos objetivos delineados.

A possibilidade de buscar respostas a inquietações impulsionam e instigam a entender fenômenos que nos envolvem, sob diversificados pontos de vista, desvelados na medida em que analisamos o que ouvimos e enxergamos, enquanto pesquisadores servem como motivação para aprofundar e aprimorar conhecimentos. A curiosidade e criatividade que envolve este processo oportunizam descobertas que renovam e ressignificam modos de agir e, no caso deste estudo, modos de organizar o cuidado neonatal.

A partir de minuciosa análise dos dados, emergiram as categorias e subcategorias do estudo, originadas de um processo detalhado de análise e abstração dos elementos principais dos dados. Nesse sentido as

categorias “Compreendendo as especificidades no cuidar em UTIN”; “Identificando atitudes/comportamentos na gerência do cuidado em UTIN”; “Partilhando o cuidado com a família ao inseri-la na UTIN”, “Buscando qualificação profissional para lidar com a complexidade do cuidado em UTIN”, “Promovendo o trabalho em equipe: limites e possibilidades” e; “Importando-se com as repercussões do cuidado ao bebê pré-termo em ambiente crítico e tecnológico”, sustentaram o fenômeno do estudo “Gerência do cuidado de enfermagem: Incorporando melhores práticas em uma unidade de terapia intensiva neonatal”.

Todas estas categorias ancoraram a tese sustentada:

A organização do sistema de cuidados de Enfermagem numa UTIN é complexa, dinâmica, interativa e interdependente dos demais sistemas de saúde, mobilizada por um processo gerencial de cuidados/boas práticas gerenciais de cuidado que possibilita ao bebê pré-termo e sua família um cuidado voltado à fragilidade e incertezas do viver/sobreviver em condições singulares de vida.

Não restam dúvidas sobre o papel essencial da gestão do cuidado a saúde e enfermagem no contexto da UTIN, desde que seja fomentada e desenvolvida de forma proativa e dinâmica, de forma crescente, respaldada pela incorporação de melhores práticas.

Buscando a viabilidade desta proposta, cabe conhecer o processo/dinâmica dos aspectos que interagem entre si no contexto social, político, econômico, psicológico e ambiente físico da UTIN.

Sustentar as práticas respaldadas por atividades de pesquisa, desenvolvimento e fortalecimento de política além de articular a concepção e implementação de programas e desenvolvimento organizacional na instituição diferencia a UTIN na Instituição.

Embasado na dialógica da complexidade, cabe interrelacionar aspectos como valores (individuais/coletivos), ética profissional, conceitos, crenças e evidências, englobando a compreensão do ambiente da UTIN, nas suas fragilidades e potencialidades, visão que oferece algo a ser buscado, e análise dos ambientes organizacionais e sua relação com a saúde, oportunizando a implementação de boas práticas em saúde.

Em face ao modo como o cenário da UTIN se configura, permeada por transformações constantes, compreendemos que o enfermeiro se destaca com o papel fundamental de articulação em frente as relações/interações no cotidiano assistencial e organizacional. Envolve e é envolvido pelos familiares e demais profissionais da equipe de saúde, bem como os serviços de apoio, a buscar soluções e

alternativas frente a desafios e limitações que emergem no cotidiano da terapia intensiva, utilizando-se de autonomia e criatividade.

Porém, cabe a ele reconhecer a importância de equilibrar aspectos assistenciais, gerenciais e de pesquisa em seu cotidiano de trabalho, buscando empoderar-se de sua autonomia, com vistas a assegurar a prestação de um cuidado individualizado ao bebê pré-termo, inclusive no que se refere a maior participação dos pais no hospital.

Outro aspecto a se destacar é a inserção dos pais no cuidado ao seu filho vai além de permitir/proporcionar sua presença na UTIN, mas sim colocá-los como atores ativos e colaborativos nos processos decisórios nas condutas terapêuticas, instrumentalizando-os para ressignificar o processo de nascimento deste ser único, frágil, singular, permitindo que exerçam o cuidado/vínculo não apenas na eminência da alta hospitalar, mas desde o primeiro contato pele-a-pele.

O estudo aponta, ainda, a necessidade percebida pelos participantes da pesquisa de estreitar os laços da equipe multiprofissional, pontuados como fragmentados, na perspectiva de otimizar e aprimorar a aplicação de melhores práticas, englobando a pluralidade de saberes, exercitando a comunicação, indo ao encontro do objetivo comum que é a excelência do cuidado ao neonato e sua família.

Considerando o exposto, percebe-se que a solidez do fenômeno central que contempla a multidimensionalidade do ambiente neonatal, somado a tese defendida que permite o fortalecimento da enfermagem no campo neonatal sustentada pelo conhecimento teórico-científico, e ainda a compreensão das interações e relações, ao gerenciar um sistema complexo de cuidado à saúde e enfermagem no ambiente peculiar da UTIN.

Recomendações:

Para o âmbito da organização de enfermagem no ambiente hospitalar:

- Promover espaços e estratégias que possibilitem maior participação de toda equipe de enfermagem nos processos decisórios sobre as mudanças nas rotinas/processos da prática de enfermagem e, conseqüentemente, maior adesão, motivação e satisfação no trabalho, reduzindo as resistências frente aos novos modos de cuidar do RN e sua família.

- Promover a participação dos pais com filhos internados na UTIN nas tomadas de decisões sobre as condutas terapêuticas adotadas, considerando seus conhecimentos/culturas/estado emocional e envolvimento no processo de internação, respeitando diferenças e posicionamentos de forma ética.
- Promover a retomada de espaço de discussão multidisciplinar, envolvendo e agregando os diferentes saberes, articulando a equipe e não centralizando as condutas estabelecidas, otimizando inclusive pesquisas científicas em conjunto, para promover melhores práticas de cuidado.
- Promover a interlocução a nível dos macro espaços da Instituição, com vistas a fortalecer a neonatologia como ambiente de cuidado intensivo, a fim de valorizar e otimizar o atendimento a nível de Direção Hospitalar bem como serviços de apoio.
- Promover ações junto à equipe de saúde que possibilitem a prevenção de danos/sequelas ao RN proveniente dos avanços tecnológicos e ambiente intensivo.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, S.M.S. A Política Nacional de Aleitamento Materno. In: **O aleitamento materno no contexto atual**. Políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier. 2008. p. 70-101.

ALMEIDA, L.S. **Comunicação cinésica do recém-nascido sob influência do manuseio e ruídos em uma Unidade Neonatal**. 2011.165f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

BACKES, DS et al.. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.15, n.spe, p. 71-8, 2006.

BARBOSA, V.M. Teamwork in the neonatal intensive care unit. **Phys Occup Ther Pediatr**, v.33, n.1, p.5-26, 2013.

BETTINELLI, L.A. **Demonstrando Consciência Solidária nas relações de Cuidado hospitalar**: fazendo emergir o sentido da vida. 2001. 368p. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BONIFACIO, S.L; et al. A new neurological focus in neonatal intensive care. **Nature reviews. Neurology**, v. 7, n. 9, p. 485-94, 2011.

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) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde - Área de Saúde da Criança **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método mãe canguru**: manual do curso. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: Método Canguru/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Editora do

Ministério da Saúde, 2011.204 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 693, de 5 de julho de 2000. **Norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.** Diário Oficial da União 2000; 6 jul.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS – CNES – **Cadastramento Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 25 abril 2012.

BRUMMELTE, S., et al.. Procedural pain and brain development in premature newborns. **Ann Neurol**, v. 71, n. 3, p.385-96, 2012.

BUCHER, H.U. Die Zukunft der Neonatologie: Möglichkeiten und Grenzen. **Praxis**, v.102, n.15, p. 919-24, Jul., 2013.

BUENO, M. **Leite materno ordenhado e glicose 25% no alívio da dor em recém-nascidos pré-termo tardios submetidos à lancetagem de calcâneo:** ensaio clínico randomizado de não inferioridade. 2011. 212f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2011.

CALASANS, M.T.A. **A dor do recém-nascido no cotidiano da unidade de terapia intensiva neonatal.** 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

CANADIAN BEST PRACTICES PORTAL. **About Best Practices.** Disponível em: <<http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/interventions/about-best-practices/>>. Acesso em: 05 jan. 2014

CASTRAL, T.C. **Relação entre fatores maternos e a resposta à dor e ao estresse do prematuro em posição canguru.** 2010. 215 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2010.

CASTRO, B.P. **Vulnerabilidades e a saúde do recém-nascido:** contribuições da assistência de enfermagem. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009. 272p.

CORBIN, J.; HILDENBRAND, B. Qualitative Forschung. In: ALLHOFF, R.; SCHAEFFER, D. **Handbuch Pflegewissenschaft**. München: Juventa, 2003. p.159-184.

COSTA, R.; PADILHA, M.I. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 2, p. 248-55, 2011.

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 Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2005.

COSTA, R. **Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva na década de 1980 em Florianópolis**. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

COUTO, F.F. **Vivência materna no cuidado do recém-nascido prematuro, no domicílio**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296p.

CUNHA, K.J.B. **Representações sociais da infecção neonatal elaboradas por enfermeiras**. 2011. 131f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, Piauí, 2011.

DANTAS, C.C; LEITE, J.L; LIMA, S.B.S; STIPP, MAC. Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.17, n.4, p. 573-9, 2009.

DAVANZO, R. et al.. Intermittent kangaroo mother care: a NICU protocol. **J Hum Lact.**, v.29, n.3, p.332-8, 2013.

DEL PRATO, F. et al. PICC: central venous access by the peripheral route. Medical-nursing aspects. **Minerva Pediatr**, v.62, n.3, p.161-3, 2010.

DOTTA, A., et al. Accreditation of birth centres: advantages for newborns. **Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 26, n.4, p.417-18, 2013.

DUARTE, M.R. **Cuidado ao recém-nascido hospitalizado para profissionais de Enfermagem**: um estudo fenomenológico. 2010.103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, Piauí, 2010.

ERDMANN, A.L. Administração do processo de trabalho e da assistência de enfermagem. In: SANTOS, I. (org). **Enfermagem fundamental**: realidades, questões e soluções. São Paulo: Atheneu; 2001. p.143-55.

_____. **Sistemas de Cuidados de Enfermagem**. Pelotas: UFPel, 1996.

ERDMANN, A.L., et al. Construindo um modelo de sistema de cuidados. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 2, p. 180-5, 2007.

ERDMANN, A.L.; BACKES, D.; MINUZZI, H. Care management in nursing under the complexity view. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.7, n.1, 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1033/313>>. Acesso em: 10 de novembro de 2011.

ERDMANN, A.L.; PINHEIRO, P.I.G. Gerenciamento do Cuidado em enfermagem – Questionando Estratégias. **Cogitare Enferm**, v.3, n. 1, p.89-96, 1998.

ERDMANN, A.L; et al.. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.3, p. 483-91, jul./set. 2006.

FARIA, C.M.R. **Aleitamento materno de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar**. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem)-

Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

FARIA, C.M.R. **Aleitamento materno de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

FERECINI, G.M. **Desenvolvimento e avaliação do objeto digital de aprendizagem sobre o aleitamento materno do prematuro**. 2011. 158f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2011.

FERNANDES, P.T.S. **Influência do posicionamento em "Hammock" no desenvolvimento neuromotor de recém-nascidos pré-termo**. 2011. 74f. Dissertação (Mestrado em Atenção à saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2011.

FRANCK, L.S.; AXELIN, A. Differences in parents', nurses' and physicians' views of NICU parent support. **Acta pediatrics**, v. 102, n. 6, p. 590-6, 2013.

GALARZA-WINTON, M.E. et al.. Implementing family-integrated care in the NICU: educating nurses. **Advances in Neonatal Care**, v. 13, n. 5, p. 335-340, oct. 2013.

GALLEGOS-MARTINEZ, J.; REYES-HERNANDEZ, J.; SCOCHI, C.G.S. O neonato prematuro hospitalizado: significado da participação na Unidade Neonatal para os pais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 6 p. 1360-1366, 2013.

GANZEWINKEL, C. et al. Chronic Pain in the Newborn: Toward a Definition. **Clin J Pain**, 2013.

GEORGE, J.B. **Nursing Theories**: The base for professional nursing practice. 6 ed. New Jersey (USA): Prentice Hall; 2010.

GLASS, H.C., et al. Neurocritical care for neonates. **Neurocritical care**, v. 12, n. 3, p. 421-9, 2010.

GRECCO, G.M. et al.. Repercussões do ruído na unidade de terapia intensiva neonatal. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 1, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 fev. 2014.

GREEN, L.W. From research to “best practices” in other settings and populations. **Am. J. Health Behav.**, v.25, n.3, p.165-78, May/Jun. 2001.

GUIMARÃES, G.P. **A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem.** 2006. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

HALL, R.W. Anesthesia and Analgesia in the NICU. **Clin Perinatol.**, v. 39, n. 1, p 239-54, 2012.

HEIMANN, K. et al.. Impact of skin to skin care, prone and supine positioning on cardiorespiratory parameters and thermoregulation in premature infants. **Neonatology**, v.97, n.4, p.311-7, 2010.

JOBE, A. H. Lung maturation: the survival miracle of very low birth weight infants. **Pediatr Neonatol**, v.51, n.1, p.7-13, 2010.

JOCHEN, P.; et al. The Safety Attitudes Questionnaire as a tool for benchmarking safety culture in the NICU. **Arch Dis Child Fetal Neonatal**, v. 97, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22337935>>. Acesso em: 15 jan. 2014

JOHANN, D.A. **Complicações relacionadas ao uso do cateter central de inserção periférica no neonato.** 2011. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

KAHAN, B.; GOODSTADT, M. **The IDM Manual: a guide to the IDM (Interactive Domain Model) Best Practices Approach to Better Health.** 3. ed. Centre for Health Promotion: University of Toronto, 2005. Disponível em: <http://www.utoronto.ca/chp/download/IDMmanual/IDM_basics_dist05.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2013

KAHAN, B.; GOODSTADT, M. **An Exploration of Best Practices in Health Promotion**: a short history of the Best Practices Work Group. Centre for Health Promotion: University of Toronto, 1998. Disponível em: <<http://www.idmbestpractices.ca/pdf/Hpincan4.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2013.

KAHAN, B.; GROULX; D.; WONG, J. P. The interactive domain model approach to best practices in Health Promotion. IN: RALPH, DiClemente J.; CROSBY, Richard A.; KEGLER, Michelle. **Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research**. 2009 . Disponível: <http://books.google.com.br/books?id=vfiIIIjU9xMC&dq=Health+Promotion+Best+Practice+Work+Group&hl=pt-BR&source=gbs_navlinks_s>. Acesso em: 22 dez. 2013

KEEHLEY, P.; et al.. **Benchmarking for best practices in the public sector**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1996. 251p.

KIGEN, R.; et al. Die psychosoziale Versorgung in der Neonatologie in Deutschland: Eine quantitativ-empirische Bestandsaufnahme aus ärztlicher Perspektive. **Z Geburtshilfe Neonatol**, v. 216, n. 6, p. 259-268, 2012.

KLOCK, P. **Cuidando do recém-nascido em UTIN**: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. 2009. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

KLOCK, P.; ERDMANN, A.L. Cuidando do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva: Convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 1, p.45-51, 2012.

KLOCK, P. et al. Vislumbrando las conexiones intersubjetivas del cuidado de enfermería. **Avance Enferm.**, v.26, n.1, p.13-21, 2008.

KRUEGER, C.; et al.. Elevated sound levels within a busy NICU. **Neonatal Netw.**, v.26, n. 6, p. 33-7, 2005.

LANZONI, G.M.M. et al. Interações no ambiente de cuidado: explorando publicações de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 3, p. 580-586, 2011.

LEITE, E.I.A. **Vulnerabilidade da Família no Contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. 2011. 108 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2011.

LÉLIS, A.L.P.A.; et. al. Health promotion and nurse facing newborn pain in the neonatal unit: an exploratory-descriptive study. **Online Braz. j. nurs.**, (online) v. 9, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2996>>. Acesso em: 25 mar. 2012

MACDONELL, K., et al. Implementing family-integrated care in the NICU: engaging veteran parents in program design and delivery. **Advances in Neonatal Care**, v.13, n. 4, p. 262-69, ago. 2013.

MARQUES, P.A. **Processo de trabalho em uma unidade de terapia intensiva neonatal**: conhecendo as redes e desatando os nós. 2009. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

MEADOW, W. et al. Changes in mortality for extremely low birth weight infants in the 1990s: implications for treatment decisions and resource use. **Pediatrics**, v.113, n.5, p.1223-9, 2004.

MELLO, A.L.F.S. **Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso**: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência. 2005. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MONTANHOLI, L.L. **Atuação da enfermeira na UTI neonatal**: entre o ideal, o real e o possível. 2008. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**: reformar a reforma, reforça o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006. p.128.

_____. **Ciência com consciência.** 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

_____. **Complexidade e transdisciplinariedade:** a reforma da universidade e do ensino fundamental. Natal: EDUFRRN – Editora da UFRN, 1999.

_____. **O método 1:** A natureza da natureza. Portugal: Europa-América Ltda. 1977.
(Coleção Biblioteca Universitária no. 28).

_____. **O método 5:** A humanidade da humanidade – a vida humana. Porto Alegre: Sulina, 2007. 309p.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** 5. ed. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNESCO, 2002.

_____. **Para sair do século XX.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 361 p.

MORRISS, F.H.J. et al. "Nurses Don't Hate Change" – survey of nurses in a neonatal intensive care unit regarding the implementation, use and effectiveness of a bar code medication administration system. **Healthc Q**, v.12, n. esp., 2009.

NANAVATI, R.N.; BALAN, R.; KABRA, N.S. Effect of kangaroo mother care vs expressed breast milk administration on pain associated with removal of adhesive tape in very low birth weight neonates: a randomized controlled trial. **Indian Pediatr**, v.50, n.11, p.1011-5, 2013.

NASCIMENTO, K.C.; et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. esc. enferm.**, v. 42, n. 4, p. 643-8, 2008.

NOVA SCOTIA HEALTH DEPARTMENT. **Best practice approach to health promotion.** Canada. Disponível em:
<http://www.hpclearinghouse.ca/best_practices.htm> Acesso em: dezembro de 2011.

OLIVEIRA, J.D. **Análise dos elementos qualificadores do processo de cuidado da enfermeira em unidade de terapia intensiva neonatal.** 2011. 82f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

OLIVEIRA, K. et al. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 fev. 2014.

OLIVEIRA, S.R. Alta do recém-nascido da unidade de terapia intensiva neonatal: implicações para a continuidade do cuidado. 2009. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia para a Documentação e Partilha das “Melhores Práticas” em Programas de Saúde.** Brazzaville, 2008.

PRESSLER, J.L.; KENNER, C.A. The NNP/DNP Shortage: Transforming neonatal nursing practitioners into DNPs. **Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, v.23, n.3, p. 272-8, 2009.

PROFIT, J., et al. The Safety Attitudes Questionnaire as a tool for benchmarking safety culture in the NICU. **Arch Dis Child Fetal Neonatal**, v.97, n.2 p.127-32, 2012.

QUADRADO, E.R.S. **Avaliação do processo de identificação do neonato de um hospital privado.** 2011. 71 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

RAJU, T. N. K.; SURESH, G.; HIGGINS, R.D. Patient safety in the context of neonatal intensive care: research and educational opportunities. **Pediatr Res**, v.70, n.1, p.109-15, 2011.

REIS, L.S. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. **Rev. Gaúcha Enferm**, v.34, n.2, p. 118-124, 2013.

RESTREPO, J.F.P. Medicina baseada em evidencias. **Rev. Acad. Nac. de Medicina de Colômbia**, Bogotá, v.21, n.2, jul., 1999.

RIBEIRO, L. M. et al.. Human milk for neonatal pain relief during ophthalmoscopy. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.47, n.5, p.1039-45. 2013.

ROLIM, K.M.C; CARDOSO, M.V.L.M.L. 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, jan./fev.2006.

ROSEIRO, C.P. **Cuidado ao recém-nascido em UTIN: concepções e práticas de humanização**. 2010. 179f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2010.

ROSSETO, E.G. **Uso da translactação para aleitamento materno de bebês nascidos muito prematuros: ensaio clínico randomizado**. 2011. 150f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

SCHMID, M.B.; REISTER, F.; MAYER, B.; HOPFNER, R. J.; FUCHS, H.; HUMMLER, H. D. Prospective Risk Factor Monitoring Reduces Intracranial Hemorrhage Rates in Preterm Infants. **Dtsch Arztebl Int**, v.110, n. 29-30, p. 489-96, 2013.

SCHLEZ, A., et al. Combining kangaroo care and live harp music therapy in the neonatal intensive care unit setting. **Israel Med. Assoc. J.**, v.13, n.6, p.354-8, 2011.

SCHMIDT, K.T. **Percepção de mães acompanhantes acerca do preparo para alta hospitalar do bebê prematuro: ações da equipe de saúde em unidade de terapia intensiva neonatal**. 2011. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

SCHMIDT, K.T. et al. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, mar. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 fev. 2014.

SCOCHI, C. G. S. **A humanização da assistência hospitalar no bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem.** 2000. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

SENGE, P. **A quinta disciplina.** São Paulo: Best Seller, 1990. 443p.

SILVA, D.S. **Experiência de enfermagem na admissão do prematuro extremo na unidade de terapia intensiva neonatal.** 2011. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, 2011.

SILVA, J.D.D. **Experiência de luto de pais de bebês: uma contribuição para a enfermagem.** 2011. 93f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

SILVA, S. L. Informação e competitividade: a contextualização da gestão do conhecimento nos processos organizacionais. **Ci. Inf.**, v.31, n.2, p.142-151, mai/ago. 2002.

SILVEIRA, A.L.D. **Respostas multidimensionais de dor em recém-nascidos prematuros submetidos a punções venosas periféricas na unidade de tratamento intensivo neonatal: contribuições para a prática da enfermagem.** 2010. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

SOUSA, F. G. M. **Tecendo a teia do cuidado à criança na atenção básica de saúde: dos seus contornos ao encontro com a integralidade.** 2008. 333 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SOUSA, J.C.G. **Uso do cateter central de inserção periférica em uma unidade de terapia intensiva neonatal na Região Centro-Oeste.** 2010. 125f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010.

SOUSA, J.C.; SILVA, L.M.S; GUIMARÃES, T.A. Preparo para alta hospitalar do recém-nascido de risco de uma Unidade de tratamento intensivo neonatal: uma visão da família. **Rev. Enferm. UFPE**, v.2, n. 2, p. 146-54, abr/jun 2008. Disponível em: <<http://www.pediatriasao paulo.usp.br/upload/pdf/1268.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2013

SOUZA, S.M.B. **Participação da figura paterna na internação do filho da unidade neonatal**: contribuições para o cuidado de enfermagem. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

STOCCO, J.G.D. **Avaliação de complicações infecciosas relacionadas ao uso de cateter venoso central em recém-nascidos e crianças**: revisão sistemática. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Basics of qualitative research**: grounded theory procedures and techniques. California: Sage, 1991.

_____. **Bases de la investigación cualitativa**: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Ed. Universidad de Antioquia, 2002. 339p.

_____. **Pesquisa Qualitativa**: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SUSIN, C.; RÖSING, C. **Praticando odontologia baseada em evidências**. Canoas: EdULBRA, 1999. 181p.

TERRA, J.C.C. Os desafios da produtividade: novas habilidades na era da informação e do conhecimento e o papel central da gestão do conhecimento. In: MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA, CENTRO DE GESTÃO E ESTUDOS ESTRATÉGICOS. SEMINÁRIO PREPARATÓRIO DA 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO; 2005, Brasília. **Anais Seminário preparatório da 3ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação**. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.cgee.org.br/cncti3>>. Acesso em: 26 jan. 2012.

TSAI, M.H., et al. Catheter management in neonates with bloodstream infection and a percutaneously inserted central venous catheter in situ: removal or not. **Am. J. Infect. Control**, v. 40, n. 1, p. 59-64, 2012.

UNI-IGME. **Levels & trends in child mortality**. Report: 2011.

XAVIER, S.O. **Deformidade craniana do recém-nascido prematuro: implicações para a equipe de enfermagem**. 2011. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis: Vozes; 2004.

WALSH, J.; GOSER, L. Development of an innovative NICU teen parent support program: one unit's experience. **Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, v. 27, n. 2, april/june 2013.

WETZEL, E. A., et al. Identification of latent safety threats using high-fidelity simulation-based training with multidisciplinary neonatology teams. **Jt Comm J Qual Patient Saf**, v.39, n.6, p. 268-73, 2013.

WHO. Kangaroo. **Mother care: a practical guide**. 2003. p. 48.

ZAICHKIN, J.; WEINER, G. M. Neonatal Resuscitation Program (NRP) 2011: new science, new strategies. **Adv Neonatal Care**, v. 11, n. 1, p.43-51, 2011.

APÊNDICE A - Declaração dos pesquisadores



DECLARAÇÃO

Declaramos que no desenvolvimento do projeto de pesquisa: **Lidando com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato em unidade de terapia intensiva: incorporando melhores práticas na gerência do cuidado em saúde e enfermagem**, cumpriremos os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-nos a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Declaramos, ainda, que não há conflitos de interesses entre as pesquisadoras e participantes da pesquisa. Aceitamos as responsabilidades pela condução científica do projeto em questão.

Florianópolis,/...../.....

Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
(pesquisadora responsável)

Dda. Patrícia Klock
(pesquisadora principal)

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



1ª via Participante

2ª via Pesquisadora

INFORMAÇÕES AO SUJEITO

1. DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

TÍTULO DA PESQUISA: Lidando com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato em unidade de terapia intensiva: incorporando melhores práticas na gerência do cuidado em saúde e enfermagem

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Dda. Patricia Klock

ORIENTADORA: Prof^ª Dr^ª Alacoque Lorenzini Erdmann

2. REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AOS SUJEITOS SOBRE A PESQUISA CONSIGNADA:

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Considerando que os avanços científicos e tecnológicos multidisciplinares estão promovendo mudanças na prática de cuidar em neonatologia, levando em conta aspectos como melhor compreender as características do desenvolvimento no recém-nascido pré-termo e a importância de inserir a família no cuidado ao seu filho, a pesquisa tem como objetivo compreender a gerência das práticas de cuidado de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) a partir dos significados atribuídos pelos profissionais da Equipe de Enfermagem e demais atores envolvidos sobre as relações e interações do cuidado no lidar com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato em uma UTIN e desta compreensão, construir uma matriz teórica do sistema de cuidado de enfermagem em UTIN que incorpore os processos de construção/desenvolvimento de melhores práticas nesse cenário/contexto de cuidado.

PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS E PROPÓSITOS: Estudo com abordagem qualitativa, com base na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Na TFD o conhecimento é construído a partir da interação social, de informações e da compreensão da atividade e da ação humana nos diferentes espaços, emergentes de dados brutos, vindo de fontes como entrevistas, observações, documentos, registros e filmes. Os conceitos são a base de análise dessa metodologia. (STRAUSS; CORBIN, 1991) Duas características principais deste modelo são a constante comparação dos dados com as categorias emergentes e a amostragem teórica de diferentes grupos para maximizar as semelhanças e diferenças entre as informações (CRESWELL, 2010). Serão sujeitos da pesquisa 30 profissionais de saúde que atuem na Unidade de Terapia Intensiva da Instituição em questão. A coleta de dados será realizada, através de entrevistas e observação, após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa. A estratégia metodológica a ser utilizada para a análise dos dados será a Análise Comparativa. Consiste no processo dinâmico em que os dados são coletados e constantemente comparados entre si, entre eles e os códigos, entre os códigos e os conceitos, entre os conceitos e as categorias (SOUSA, 2008). O resultado deste processo é uma teoria que emerge das relações estabelecidas entre os conceitos descobertos, sobretudo aquelas relativas a fenômenos específicos, denominadas teorias substantivas (SOUSA, 2008). Acredita-se que a pesquisa possa levar a melhores caminhos e perspectivas sobre a gerência do cuidado do neonato e sua família em Unidade de Terapia Intensiva, de forma abrangente e aprofundada, envolvendo os diversos setores/serviços que a viabilizam, percebendo-se como interdependentes numa relação de troca, integrados, articulados e co-responsáveis na construção e prestação de assistência mais sensível, singular e saudável.

DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS: O sujeito poderá sentir-se desconfortável em relatar informações pessoais ou profissionais com o investigador, além do tempo despendido para a coleta. Para minimizar tal desconforto, será esclarecido quanto ao direito de colaborar ou não com estudo, de não responder a questões caso não se sinta a vontade e de desistir do consentimento, a qualquer fase do estudo.

BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS: Acredita-se que, a construção de uma matriz teórica do sistema de cuidado de enfermagem em UTIN que incorpore os processos de construção/desenvolvimento de melhores práticas nesse cenário/contexto de cuidado, possibilite maior

compreensão da organização das práticas de cuidado de enfermagem em UTIN a partir dos significados atribuídos pelos profissionais da Equipe de Enfermagem e demais atores envolvidos sobre as relações e interações do cuidado no lidar com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato em uma UTIN.

3. ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIA DO SUJEITO DA PESQUISA:

Os sujeitos serão esclarecidos acerca do objetivo, relevância do estudo e acerca das questões éticas, aqui apresentadas: direito de decidir colaborar ou não com o estudo, bem como de desistir a qualquer momento dele, podendo retirar seu consentimento; direito de ter informações sobre a pesquisa a qualquer momento por meio de contato por email e telefone da pesquisadora responsável; direito ao anonimato e da privacidade das informações, de modo que os resultados serão apresentados em eventos científicos, na tese e em artigos e/ou livros sem que haja identificação dos sujeitos; informação de que nada será pago pela participação no estudo para os sujeitos ou pesquisadora; que apesar de não oferecer benefício direto e do desconforto, por conta da falar sobre a temática ou do tempo despendido para coleta de dados, acredita-se que os resultados contribuirão para oferecer subsídios para compreender a gerência das práticas de cuidado de enfermagem em UTIN. O material permanecerá guardado por um período de cinco anos, estando à disposição para dirimir eventuais dúvidas ou questionamentos que porventura venham ocorrer.

4. INFORMAÇÕES DOS DADOS DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DESSA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS:

PESQUISADOR: Patricia Klock

E-MAIL: patynurse@hotmail.com TEL: (48) 8434-3797

ORIENTADORA: Prof^a Alacoque Lorenzini Erdmann

EMAIL: alacoque@newsite.com.br

Florianópolis, _____ de _____ de _____.

Ass. da Pesquisadora

Ass. do Colaborador

APÊNDICE C - Relatório de trabalho do doutorado sanduíche na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**AS MELHORES PRÁTICAS NO CONTEXTO DA GERÊNCIA
DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE
TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Relatório de atividades relativo ao *doutorado sanduíche no país (SWP)* de **Patricia Klock**, desenvolvido no Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem (GESPEn) do Departamento de Metodologia da Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Julho/2012

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Doutoranda: Patricia Klock

Modalidade: doutorado sanduiche no país (SWP)

Instituição: Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ)

Professor Orientador: Profa. Dra. Marlucci Stipp

Vigência: setembro a dezembro de 2011

1 INTRODUÇÃO

A ideia inicial para desenvolvimento desta atividade surgiu a partir da preocupação em avançar na discussão da temática do gerenciamento das práticas de cuidado em neonatologia, na possibilidade de troca de experiências e preocupações encontradas na prática assistencial que pudessem ser utilizadas como ponto de partida para uma discussão mais aprofundada baseada no referencial teórico do paradigma da complexidade, subsidiando o objetivo do projeto de tese que se constitui em **compreender a gerência das práticas de cuidado de enfermagem em UTIN a partir dos significados atribuídos pelos profissionais da Equipe de Enfermagem e demais atores envolvidos (família e demais profissionais de saúde) sobre as relações e interações do cuidado no lidar com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato em uma UTIN.**

2 OBJETIVOS

- Conhecer os instrumentos de análise de dados em pesquisa qualitativa com a utilização da Teoria Fundamentada nos Dados;
- Participação no Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem – **GESPE_n** na EEAN/UFRJ;
- Participação em reuniões científicas, juntamente com a Pesquisadora Supervisora;
- Participação em Seminários e eventos científicos na Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ);
- Participação em Bancas Examinadoras na Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ);
- Estabelecer parceria com o Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem – **GESPE_n** na EEAN/UFRJ;
- Realizar inserção em atividades de ensino e pesquisa no curso de pós-graduação, trocando experiências relacionadas ao campo da prática profissional de Enfermagem bem como acerca do referencial teórico do paradigma da complexidade;
- Realizar busca bibliográfica e ensaios de metassíntese acerca do objeto da tese;
- Construir, em associação com a Pesquisadora Supervisora e a Orientadora, proposições e premissas que sustentem o desenvolvimento da tese;
- Elaboração de artigos científicos para publicação em periódicos nacionais e internacionais, oriundos dos dados do referido projeto.

3 A ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

A Escola de Enfermagem Anna Nery/EEAN da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, primeira Escola de Enfermagem no Brasil, surgiu no contexto do movimento sanitariano brasileiro do início do século XX, sendo criada pelo Decreto nº 16.300 de 31 de dezembro de 1923, como Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde, denominada Escola de Enfermeiras D. Ana Néri, pelo Decreto nº 17.268 de 31 de março de 1926, implantando a carreira de Enfermagem – modelo “Nightingale” – em nível nacional.

Foi incorporada à Universidade do Brasil pela Lei nº 452 de 05 de julho de 1937. Incluída entre os estabelecimentos de Ensino Superior da Universidade pela Lei nº 8.393 de 17 de dezembro de 1945, integrando atualmente o Centro de Ciências da Saúde da Universidade, de acordo com o Plano de Reestruturação aprovado pelo Decreto nº 60.455-A de 13 de março de 1967.

Em 89 anos de existência a Escola de Enfermagem Anna Nery registra um papel histórico-social de vanguarda, expansão e desenvolvimento da enfermagem brasileira; destacando-se, dentre outras, a criação da Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (1926), atualmente Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn, a criação de novas escolas de enfermagem, a organização de hospitais e centros de saúde, formação e qualificação de enfermeiros Especialistas, Mestres, Doutores e em Programas de Pós-Doutorado principalmente, em todas as regiões do país e na perspectiva de Cooperação Técnica e Científico-Cultural em alguns países da América Latina (Argentina, Colômbia, México, Peru) e da África (Angola e Moçambique). (*Texto retirado do Discurso da Diretora da EEAN, Profa. Dra. Maria Antonieta Rubio Tyrrell, por ocasião da celebração dos 80 Anos, em 19/02/2003*).

Foi fundada por iniciativa do eminente sanitariano e cientista brasileiro Prof. Carlos Chagas, e graças ao concurso dos esforços das enfermeiras americanas que integraram a Missão Técnica de Cooperação para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, chefiada pela Sra. Ethel O. Parson, que chegou ao Rio de Janeiro em 02 de setembro de 1921. Esta Escola demarca, no País, o modelo de ensino e de prática de enfermagem moderna, segundo os princípios norteadores do Sistema Nightingale.

A missão técnica foi patrocinada pela Fundação Rockefeller e teve a incumbência essencial de implantar, no Brasil, o Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, do Ministério

da Justiça e Negócios Interiores, sendo Diretor Geral do Departamento o Dr. Carlos Chagas. Desde logo, foi recomendada a criação de uma Escola de Enfermeiras (Decreto nº 15, 799/22), e quando o primeiro currículo foi implantado, em 1923, para consolidar o efetivo funcionamento da Escola (Decreto nº 26.300; 23), era Diretora a Sra. Clara Luise Kieninger.

A Escola integrou-se ao Sistema Universitário (Universidade do Brasil, atual Universidade Federal do Rio de Janeiro), em 1937, como instituição de educação complementar (Lei nº 452/37), sendo Diretora a enfermeira americana Bertha Lucille Pullen. Em 1945, a Escola foi elevada a categoria de Unidade de Ensino (Decreto Lei nº 8.393/45), sendo Diretora a Sra. Laís Netto dos Reys (primeira Diretora formada pela EEAN). (*Texto extraído de CARVALHO, V. de.; COELHO, C. P. O quadro documental da Escola de Enfermagem Anna Nery - 70 anos de evolução histórica (1922-1992) 1992. Mimeo.*)

VINCULAÇÃO

A EEAN/UFRJ está vinculada desde 1967 a *Asociación Latino Americana de Escuelas y Facultades de Enfermería de La Unión de Universidades de América Latina* - ALADEFE/UDUAL; E desde 2005 vinculada a Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn Nacional. Também Integra o Fórum de Escolas de Enfermagem do Rio de Janeiro - ABEn RJ

NOSSA MISSÃO

Trata-se de uma Instituição de Ensino, Pesquisa e Extensão, que tem por finalidades: gerar, transmitir e disseminar o conhecimento, em padrões elevados de qualidade e equidade; formar e aperfeiçoar o profissional de enfermagem em níveis de Graduação e Pós-Graduação; promover a formação humanística do cidadão com capacidade crítica frente à sociedade e ao Estado; promover o desenvolvimento técnico, científico, econômico, social, artístico e cultural; estimular o conhecimento e a busca de soluções de problemas do mundo contemporâneo, em particular os regionais, nacionais e internacionais; desenvolver a pesquisa científica; promover a extensão; e divulgar conhecimentos à comunidade.

A Escola respeita os princípios de: indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão; integração permanente com a sociedade,

com o mundo do trabalho e com os demais níveis e graus de ensino; igualdade de condições para o acesso e permanência discente na Instituição; liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar o pensamento, a arte, a cultura e o saber; pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas; garantia de qualidade acadêmica; gestão democrática e colegiada; eficiência, probidade e racionalização na gestão de recursos; e, valorização profissional dos docentes e técnico-administrativos.

Também se registra o pioneirismo na implantação de Programas de Enfermagem, em nível de Pós-Graduação “*lato sensu*”, na década de 40 e “*stricto sensu*” (Mestrado) em 1972. Criou o Doutorado em 1989, sendo este o 3º do país.

A Escola está localizada em dois espaços físicos: no *Campus da Cidade Nova*, (Unidades Isoladas da UFRJ) no prédio Pavilhão de Aulas (P.A.) e Anexos; e, no *Campus da Cidade Universitária*, Ilha do Fundão, no Centro de Ciências da Saúde – CCS, Bloco K, Salas 042 e 043. No CCS funcionam a Coordenação de Ensino de Graduação e Corpo Discente, bem como se desenvolvem as aulas para a maioria dos alunos do referido Curso.

ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

A EEAN conta com 72 docentes, destes 49 são Doutores, todos são Mestres e todos são Especialistas. Alguns, inclusive detêm até 05 Especializações. Possui 01 Professor Visitante. O corpo técnico-administrativo abrange 60 funcionários. Os alunos do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia totalizam 622 alunos; de pós-graduação *stricto sensu* 113; *Lato Sensu* - Especialização 250.

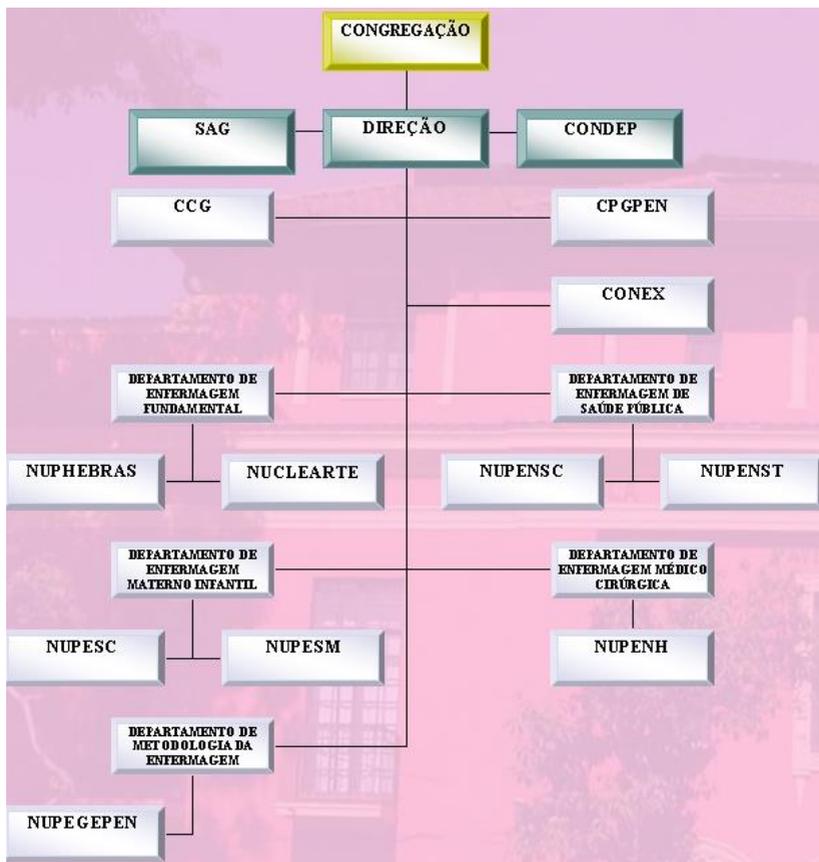
O Corpo Docente está distribuído nos 05 (cinco) Departamentos lotados no Pavilhão de Aulas da EEAN:

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI); Departamento de Enfermagem Fundamental (DEF); Departamento de Enfermagem de Saúde Pública (DESP); Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica (DEMC); Departamento de Metodologia da Enfermagem (DME).

Ainda para atingir às suas finalidades, a Escola abrange 05 (cinco) Conselhos Deliberativos – Congregação, Conselho de Ensino de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem/CEPGPEn, Conselho de Curso de Graduação/CCG, Conselho de Extensão em Enfermagem/CONEX e Conselho Departamental/CONDEP, uma Seção de Atividades Gerenciais, a Central de Eventos Científicos e Culturais, a

Revista institucional, o Setor de Convênios e Relações Internacionais (SICORI) e o Centro de Documentação da EEAN. Os Departamentos contam com o Corpo Deliberativo para deliberar suas decisões.

Abaixo, o organograma da EEAN:



Fonte: <http://www.eean.ufrj.br/sobre/index.htm>

O desenvolvimento do SWP foi realizado no Departamento de Metodologia da Enfermagem – Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem (GESPEN)

4 NÚCLEO DE PESQUISA - GESTÃO EM SAÚDE E EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM (GESPEN – EEAN/UFRJ)

Criado em 2007, no Departamento de Metodologia da Enfermagem da EEAN/UFRJ, o Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem - GESPEn com a finalidade de promover o desenvolvimento de pesquisas, estudos, assessorias nas áreas de Administração e Exercício Profissional da Enfermagem, e está vinculado a Coordenação Geral de Pós Graduação e Pesquisa da EEAN/UFRJ.

DIRETÓRIOS DO GRUPO DE PESQUISA UFRJ-CNPQ

- Gerência do processo de cuidar na enfermagem em oncologia;
- Enfermagem cardiovascular: aspectos gerenciais e de educação em saúde;
- Análise sistemática do cuidado ao paciente HIV positivo: Construção de um modelo em nível nacional

Linhas de pesquisa

- Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem

Eixos temáticos

- Administração do Cuidado em Enfermagem
- Liderança em Enfermagem
- Modelos Assistenciais
- Gestão de Recursos Humanos
- Gestão Acadêmica
- Gestão de Ambiente
- Marketing da Enfermagem
- Gerencia de Custos nos Serviços de Enfermagem

5 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

- Orientações individuais com o objetivo de discutir a temática da tese, elaboração de trabalhos para eventos e construção de artigos científicos;
- Participação nas atividades científicas com os membros do GESPEn;
- Conferencista do tema “Novas perspectivas para a Gerência do Cuidado em Enfermagem – o olhar da complexidade” apresentado na reunião científica do GESPEn no dia 10/05/2012. Esta atividade ocorreu concomitante a disciplina do Curso de Pós Graduação, Metodologia da Assistência de Enfermagem III.
- Participação no evento científico “SEMINÁRIO INTERNACIONAL NÚCLEOS DE PESQUISA E A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO NA ENFERMAGEM”, realizado na EEAN em 25 a 27 de outubro de 2011, no qual apresentei o trabalho intitulado: “As melhores Práticas no Contexto da Gerência do Cuidado de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal”.
- Troca de experiências no âmbito da pesquisa com os alunos do Curso de Pós Graduação, na Disciplina Metodologia da Assistência III. Foi realizada discussão com o grupo discente e equipe de docentes e participação na apresentação dos seminários da referida disciplina;
- Submissão dos manuscritos:
- “O Cuidado com o Recém Nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Produção Científica Brasileira”, em co-autoria com a Profa. Dra. Marlucci Stipp e Profa. Dra. Alacoque L. Erdmann, submetido a revista Aquichan;
- Manuscrito em fase de desenvolvimento, intitulado “Produção científica acerca do risco de morbimortalidade da criança cardiopata- contribuições da enfermagem” em co-autoria com Aline Cerqueira Santos Santana da Silva, Dra. Marlucci Stipp;
- Manuscrito em fase de desenvolvimento, intitulado “A complexidade no trabalho em equipe e gerenciamento de recursos humanos em Enfermagem”, em co-autoria com os alunos Carlos Magno Carvalho da Silva, Débora Mazioli e Livia Vaz juntamente com a Profa. Dra. Josete Luzia Leite,

Profa. Dra. Marlucci Stipp e Profa. Dra. Alacoque L. Erdmann, a ser submetido à revista *Avances en Enfermeria*.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A oportunidade, enquanto aluna de doutorado, em realizar o SWP junto a uma universidade historicamente conceituada como a EEAN, oportunizou a ampliação sobre os olhares para a formação de doutores em Enfermagem no Brasil. Tal vivência exerceu um papel motivador para melhor preparar o doutorando em formação no seu processo de produção de conhecimentos, de modo mais produtivo e com publicações mais qualificadas.

Conviver com outro grupo de pesquisa em excelência na área de interesse – GESPEn, apreendendo e discutindo sobre a gerência do cuidado, permitiu a discussão sobre que rumos ou caminhos podem contribuir para avançar, amortizar ou rever as necessidades de novos conhecimentos no que se refere a gerência do cuidado em Enfermagem em seus diversos nichos.

Somado a isto, o acolhimento e disponibilidade da orientadora, Profa. Marluci Stipp, baseada em sua trajetória profissional, estimulou a doutoranda no exercício do processo educativo, colaborando na ampliação de competências/aptidões em conhecimentos ou saberes da área da gerência em Enfermagem, com visão crítico-reflexiva e construtiva.

Esta atividade propiciou a consolidação de uma parceria, que continuará sendo estabelecida, através da construção de novos projetos de pesquisa bicêntricos (EEAN-UFSC) entre os núcleos GESPEn e GEPADES, na temática da organização das práticas de cuidado em Enfermagem, objetivando a consolidação da linha de pesquisa em gerência de Enfermagem.

As atividades alicerçadas neste doutorado sanduíche subsidiarão o novo momento a partir de setembro de 2012, com a realização de doutorado sanduíche na Universidade de Osnabrück – Alemanha.

REFERENCIAS

ERDMANN, A. L. A necessidade de atingirmos novos patamares na pesquisa de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n.2, 2009

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em:<<http://www.eean.ufjf.br/sobre/index.htm>>. Acesso em: 06 jul. 2012

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 5. ed. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNESCO, 2002.

**APÊNDICE D - Relatório de trabalho do doutorado sanduíche na
Hochschule Osnabrück, Alemanha**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE
HOCHSCHULE OSNABRÜCK, ALEMANHA**

PATRICIA KLOCK

RELATÓRIO DE TRABALHO DO DOUTORADO SANDUÍCHE

FLORIANÓPOLIS, FEVEREIRO DE 2013

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE
HOCHSCHULE OSNABRÜCK, ALEMANHA**

PATRICIA KLOCK

RELATÓRIO DE TRABALHO DO DOUTORADO SANDUÍCHE

Relatório final de atividades apresentado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), à Universidade Hochschule Osnabrück – Universidade de Ciências Aplicadas e a Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, como parte do Doutorado Sanduíche no Exterior (SWE)

Doutoranda: Patricia Klock
Orientadora/Brasil: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Orientadora/Alemanha: Dr. Andreas Büscher

FLORIANÓPOLIS, 2013

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Aluna: Patricia Klock

Rua Matias Kalbuch, 174, Barreiros

88117-450 - Sao Jose - SC – Brasil

Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina

Bolsista do Programa Ciências sem Fronteiras - Processo n.:
201658/2012-7 (Novo)

Orientadora (Brasil): Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Orientador (Alemanha): Prof. Dr. Andreas Büscher

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Integrar e conhecer as atividades de pesquisa que utilizam o referencial teórico da teoria fundamentada nos dados (TFD) ao acompanhar os doutorandos do grupo de pesquisa “Familiengesundheit im Lebensverlauf” (saúde da família ao longo da vida) na Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Faculdade de Ciências Econômicas e Sociais) da Hochschule Osnabrück. E, por esta experiência, ampliar minha visão sobre a atuação da Enfermagem no âmbito internacional.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Participar de encontros de grupos dos projetos ativos integrados à linha de investigação “Ciência da Enfermagem”, da Faculdade de Ciências Econômicas e Sociais, da Universidade de Osnabrück, Alemanha, para socialização de experiências com projetos e conhecimento dos temas abordados em tais pesquisas;
- ✓ Compartilhar, além da cultura e do conhecimento, o desejo de contribuir para o desenvolvimento de uma formação e prática em enfermagem de qualidade;
- ✓ Buscar o aprimoramento e o crescimento humano e técnico-científico da profissão e do profissional de enfermagem em estágio de doutoramento, com vistas a qualificar a Enfermagem brasileira e global;
- ✓ Realizar interação com a comunidade educativa da Universidade de Osnabrück, Alemanha;
- ✓ Visitar instituições hospitalares locais e de outras localidades, se possível;
- ✓ Observar e acompanhar a rotina da Faculdade de Ciências Econômicas e Sociais, da Universidade de Osnabrück;

- ✓ Participar de eventos científicos que ocorrerem no período relativo ao Estágio
- ✓ de Doutorado na Alemanha e, além da obtenção de conhecimentos atualizados no evento, socializar conhecimentos produzidos no Brasil pela doutoranda e sua orientadora e membros do grupo de pesquisas GEPADES;
- ✓ Conhecer e participar, a título de conhecimento, dos projetos de extensão coordenados pelo orientador no exterior ou outros docentes da Faculdade de Ciências Econômicas e Sociais, da Universidade de Osnabrück;
- ✓ Participar de projetos ou atividades de pesquisa do orientador estrangeiro como colaborador e possibilidade de troca de experiências;
- ✓ Apresentar e discutir os dados do projeto de tese: “Lidando com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato em unidade de terapia intensiva: incorporando melhores práticas na gerência do cuidado em saúde e enfermagem”, incrementando com o aporte de bibliografias e experiências dos integrantes da Faculdade de Ciências Econômicas e Sociais;
- ✓ Realizar uma nova releitura dos dados à luz dos referenciais de formação de profissionais da saúde e escrever um artigo reflexivo/crítico sobre as implicações de incorporar melhores práticas na gerência do cuidado em saúde e enfermagem bem como encaminhá-lo para publicação;
- ✓ Produzir em parceria com o orientador estrangeiro um artigo de revisão da literatura sobre parte dos achados (categorias relevantes) neste estudo, bem como, um artigo de pesquisa empírica centrado em uma das categorias encontradas, e encaminhá-los para publicação;
- ✓ Iniciar a elaboração de um projeto em parceria entre a Faculdade de Ciências Econômicas e Sociais, da Universidade de Osnabrück/Alemanha com o Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, centrado no aprofundamento da

metodologia da Grounded Theory nas pesquisas sobre a gerência do cuidado em saúde e enfermagem, como uma proposta de contribuição para a parceria entre estas duas Unidades sob a Coordenação dos Profs. Alacoque Lorenzini Erdmann e Andreas Büscher.

3. A UNIVERSIDADE HOCHSCHULE OSNABRÜCK – UNIVERSIDADE DE CIÊNCIAS APLICADAS

Foi fundada em 1971 e possui o estatuto legal desde 2003 como: “Fachhochschule Osnabrück Stiftung”: fundação de direito público, com capacidade jurídica. Atualmente conta com 11.200 estudantes, 460 docentes e 550 funcionários. Através de suas cooperações internacionais, recebe neste semestre 700 estudantes internacionais de mais de 85 países do mundo.

Oferece 91 programas credenciados de estudo (64 Bacharelado, 27 programas de mestrado, incluindo MBA).

A Hochschule Osnabrück tem dois campi na cidade de Osnabrück e um campus filial na cidade de Lingen que é cerca de 80 km a Noroeste de Osnabrück. Tem quatro faculdades e um Instituto de Música. Este Instituto e 3 das 4 faculdades estão localizados em Osnabrück:

✓ Faculdade de Ciências Agrárias e Arquitetura Paisagista

✓ Faculdade de Administração de Empresas e Ciências Sociais

✓ Faculdade de Engenharia e Ciência da Computação

✓ Faculdade de Cultura, Gestão e Tecnologia (Lingen Campus)

✓ Instituto de Música

A Hochschule Osnabrück oferece mais de 90 cursos de graduação em licenciatura e nível de mestrado, nas seguintes áreas:

✓ Estudo Ciências Programas Agrícolas e Arquitetura Paisagista

✓ Estudo de Gestão de Negócios programas e Ciências Sociais

✓ Programas de estudo de Engenharia e Ciências da Computação

✓ Gestão de programas de estudo, cultura e tecnologia

✓ Programas de estudo do Instituto de Música

Foto 1: Hochschule Osnabrück.



Fonte: Klock, P.

Foto 2: Hochschule Osnabrück.



Fonte: Klock, P.

PROGRAMA DE ESTUDOS DA FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

O amplo espectro de programas de estudos ofertados é dividido em cinco perfis:

O perfil “Negócio e Gestão” compreende quatro programas de bacharel atualmente (Gestão de Empresas, Administração de Empresas, Gestão da Informação Empresarial e Psicologia Empresarial) e o programa de mestrado: Gestão de Negócios e Controle e Finanças.

Atualmente quatro programas de bacharelado em tempo integral pertencem ao perfil de Saúde - Gestão de Negócios no Setor de Saúde, Obstetrícia, Ciências de Enfermagem e também Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Fisioterapia. Além disso, há o programa de Enfermagem a tempo parcial e gestão de saúde. A nível de mestrado, há MBA em Gestão de Cuidados de Saúde, bem como de gestão dos serviços de saúde.

TENDÊNCIAS E EDUCAÇÃO MODERNA

A estrutura dos programas de estudo e os seus conteúdos estão constantemente alinhados com as exigências modernas. Por meio de um processo de avaliação interna permanente, a universidade buscar

assegurar uma alta qualidade de formação. As boas realizações dos seus diplomados no mercado de trabalho apoiam essa afirmação. Palestras na Universidade de Ciências Aplicadas de Osnabrück são geralmente realizadas em pequenos grupos de estudo. A vida cotidiana dos alunos é permeada por palestras, seminários e workshop. Assim, o contato entre alunos e professores torna-se muito próximo.

ABERTURA E INTERNACIONALIZAÇÃO

A orientação internacional da Universidade de Ciências Aplicadas de Osnabrück tem sido sua marca registrada por muitos anos. Programas de estudo bilíngües, e semestres de colocação no exterior para nossos alunos, e um número crescente de estudantes estrangeiros que vêm para Osnabrück fazem parte da vida cotidiana na Universidade de Ciências Aplicadas de Osnabrück.

Declaração de missão da Faculdade de Gestão de Empresas e Ciências Sociais¹

Pessoas de diferentes nações e culturas estudam ou ensinam na Faculdade de Administração de Empresas e Ciências Sociais. Eles acreditam nos valores humanistas fundamentais do respeito pela dignidade humana, a liberdade, a justiça, a responsabilidade social conjunta e tolerância.

A Faculdade de Administração de Empresas e Ciências Sociais reconhece o princípio de um "desenvolvimento sustentável" como uma parte fundamental de ação responsável. Seus membros representam os valores fundamentais e os princípios acima mencionados em pesquisa e ensino.

Em seu corpo docente, especialistas experientes apresentam a educação com uma abordagem moderna academicamente e são qualificados e orientados para a prática e educação.

Consideram-se um provedor de serviços para a aprendizagem ao longo da vida e buscam melhorar continuamente a si mesmos como uma oficina de aprendizagem, onde os alunos, professores, parceiros e empregados em empresas de aprender e com o outro.

¹ Esta declaração de missão foi aprovada por unanimidade pela Comissão de Faculdade da Faculdade de Gestão de Empresas e Ciências Sociais em 3 de março de 2004.

Estão constantemente a ajustar seus programas de estudo para oferecer possibilidades para o desenvolvimento da personalidade e, assim, ajudar os alunos a terem melhores chances na sociedade e no mercado de trabalho.

O objetivo da formação acadêmica é capacitar os alunos a serem mais auto-dependentes, responsáveis e pensar de forma crítica.

Defendem o princípio da meritocracia, avaliam constantemente os seus programas de estudo e também educam-se ainda mais. Estão abertos para testes de *benchmark* e parcerias de *benchmarking*.

Como parte de uma universidade com temas de amplo espectro que vão desde a tecnologia à arte, integram essas possibilidades interdisciplinares em seus programas de estudo.

Consideram a cidade onde estão instalados, buscando uma contribuição notável para o seu desenvolvimento.

Enxergam a globalização como uma oportunidade de cuidar e consolidar suas cooperações nacionais e internacionais no ensino e na pesquisa. Além disso, realizam pesquisas aplicadas para manter a sua educação no mesmo nível das ciências.

Defendem os valores democracia, ecologia e justiça social, e, assim, lidam de forma justa consigo mesmos, com os outros e com o ambiente.

Querem dar a sua contribuição para manter a alegria de aprender.

4. BREVE BIOGRAFIA DO ORIENTADOR DA ALEMANHA - PROF. DR. ANDREAS BÜSCHER – ENFERMEIRO E DOUTOR EM CIÊNCIA DO CUIDADO

Foto 3: Prof. Dr. Andreas Büscher.



Fonte: <http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/2763+M5bbf82829b6.html>

Endereço: Hochschule Osnabrück
Faculdade Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Sedanstr. 1, 49076 Osnabrück
Telefone: 0541 969-3591
Fax: 0541 969-2971
E-mail: A.Buescher@hs-osnabrueck.de

Andreas Büscher, nascido em 1967, trabalhou depois de sua formação como enfermeiro (1990-1993) por muitos anos em unidade de terapia intensiva interdisciplinar, antes de estudar na Fachhochschule Osnabrück Pflegewissenschaft. De abril de 2000 a setembro de 2006 trabalhou como cientista no Departamento de orientação familiar e cuidados comunitários da Universidade Witten/Herdecke e neste contexto dirigiu um estudo sobre o Impacto de sistemas de remuneração sobre o atendimento ambulatorial e a participação alemã no estudo europeu “*NEXT-Studie (Nurses early exit)*”. De 1999 a 2001 concluiu sua Pós-Graduação em Ciências da Enfermagem na Universidade Witten/Herdecke e de 2000 a 2004 seu curso intensivo ‘European PhD’ na *European Academy of Nursing Science*. Entre 2001 e 2005 trabalhou como consultor para o Gabinete de Enfermagem e Obstetrícia da OMS Europa, em Kopenhagen. Em fevereiro de 2007 concluiu seu doutorado, tendo como tema: “a relação entre cuidados

formais e informais em situações de atenção domiciliar” no Departamento de Ciências de Enfermagem, da Universidade de Tampere / Finlândia.

Desde abril de 2011, Dr. Büscher trabalha como professor do departamento de ciências de Enfermagem na Universidade de Osnabrück e é membro da equipe científica da Rede Alemã para o Desenvolvimento da Qualidade em Enfermagem - *Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege* (DNQP). Anteriormente, ele trabalhou no Instituto de Ciências de Enfermagem da Universidade de Bielefeld (IPW) e no Instituto de Ciências de Enfermagem, da Universidade de Witten/Herdecke, onde seu trabalho enfocava o cuidado ambulatorial ao paciente, cuidado de orientação familiar e desenvolvimento da qualidade do cuidado de Enfermagem.

Linhas de pesquisa:

- Cuidados de Enfermagem para pacientes em ambulatório
- Cuidado formal e informal
- Políticas de cuidado
- Enfermagem em saúde comunitária
- Períodos de necessidades de cuidado e procedimentos de avaliação

Principais Publicações

Livros e relatórios:

Büscher, A./Emmert, S./Hurrelmann, K. (2009): Die Wohnvorstellungen von Menschen verschiedener Altersgruppen. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft, P09-141. Bielefeld: IPW

Bauer, U./Büscher, A. (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS-Verlag

Wingenfeld, K.; Büscher, A.; Gansweid, B. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8, Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Bielefeld

Büscher, Andreas: Negotiating helpful action. A substantive theory on the relationship between formal and informal care. Acta Universitatis Tampensis 1206. Tampere University Press

Wingenfeld, K.; Büscher, A., Schaeffer, D. (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8, Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen

Gehring, M./Kean, S./ Hackmann, M./ Büscher, A. (Hrsg.) (2002): Familienbezogene Pflege. Bern: Huber

Büscher, A./Wagner, L. (2005): Munich Declaration: Nurses and midwives: a force for Health. Analysis of implementation of the Munich Declaration, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen

Büscher, A./Boes, C./Budroni, H./Hartenstein, A./Holle, B. (2005): Finanzierungsfragen der häuslichen Pflege. Eine qualitative Untersuchung zur Einführung personenbezogener Budgets. Abschlussbericht. Private Universität Witten/Herdecke

Capítulo de livros:

BACKES, Dirce Stein ; ERDMANN, A. L. ; BÜSCHER Andreas ; BEN, L. W. D. . Empreendedorismo Social da enfermagem: rupturas e avanços. In: Dirce Stein Backes. (Org.). **Empreendedorismo social da Enfermagem: rupturas e avanços**. Santa Maria: Pallotti, 2012, v. 1, p. 17-28.

BÜSCHER, A.; WINGENFELD, K. (2008): Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit im Alter. In: KUHLMHEY, A; SCHAEFFER, D. (Hg.): **Alter, Gesundheit und Krankheit**. Bern: Huber, 107-119

SCHAEFFER, D.; BÜSCHER, A.; EWERS, M. (2008): Ambulante pflegerische Versorgung alter Menschen. In: KUHLMHEY, A; SCHAEFFER, D. (Hg.): **Alter, Gesundheit und Krankheit**. Bern: Huber, 352-369

BAUER, U.; BÜSCHER, A. (2008): Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung – ein Bezugsrahmen. In. BAUER, U.;

BÜSCHER, A. (Hg.): **Soziale Ungleichheit und Pflege**. Wiesbaden: VS Verlag; 7-45

BÜSCHER, A.; TACKENBERG, P.; SIMON, M. (2008): Arbeitssituation und Ausstiegsabsicht in der Pflege – die europäische Perspektive der NEXT-Studie. In: HEDTKE-BECKER, A.; ZANK, S. (Hg.): **Generationen in Familie und Gesellschaft im demographischen Wandel**. Europäische Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer; 165-179

BÜSCHER, A.; TACKENBERG, P./NEXT study group (2005): Early retirement among nursing staff. In: HASSELHORN, H.-M.; MÜLLER, B.-H.; TACKENBERG, P.: **NEXT Scientific Report July 2005**, University of Wuppertal, 10-12

Editor nas traduções alemãs:

BURESH, B./ GORDON, S. (2006): **Der Pflege eine Stimme geben**. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Dr Angelika Zegelin and Andreas Büscher. Bern: Huber

JOHNSON, M.; MAAS, M.L.; MOORHEAD, S. (Hg.) (2005): **Pflegeergebnisklassifikation (NOC)**, Deutschsprachige Ausgabe übersetzt, bearbeitet und herausgegeben von Peter Tackenberg und Andreas Büscher and Peter Tackenberg. Bern: Huber

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS – JCAHO (HG.) (2003): **Ergebnismessung in der Pflegepraxis**, Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben und übersetzt von Peter Tackenberg, Ute Haas und Andreas Büscher. Bern: Huber

Artigos de revistas:

BACKES, Dirce Stein ; BACKES, Marli Stein ; ERDMANN, Alacoque Lorenzini ; BÜSCHER, Andreas . O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva** (Impresso), v. 17, p. 223-230, 2012.

BACKES, M. T. S. ; BACKES, Dirce Stein ; MARCHIRORI, M. R. C. T. ; ERDMANN, A. L. ; BÜSCHER, Andreas . Significado da atuação da equipe estratégia saúde da família em uma comunidade socialmente

vulnerável. **Ciência e Saúde Coletiva** (Impresso), v. 17, p. 1151-1157, 2012.

BACKES, M. T. S. ; BACKES, Dirce Stein ; ERDMANN, A. L. ; Büscher, Andreas . Significado de viver saudável em uma comunidade socialmente vulnerável no sul do Brasil.. **Acta Paulista de Enfermagem** (UNIFESP. Impresso), v. 25, p. 190-196, 2012.

BACKES, Dirce Stein ; BACKES, M. T. S. ; ERDMANN, A. L. ; Büscher, Andreas ; RANGEL, R. F . O significado de viver saudável para usuários, profissionais e gestores da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem** (Impresso), v. 64, p. 167-175, 2012.

BACKES, Marli Terezinha Stein ; ERDMANN, A. L. ; Büscher, Andreas ; BACKES, Dirce Stein . Desenvolvimento e validação de teoria fundamentada em dados sobre o ambiente de unidade de terapia intensiva. **Escola Anna Nery**, v. 15, p. 769-775, 2011.

BACKES, Dirce Stein ; ERDMANN, A. L. ; Büscher, Andreas . O cuidado de enfermagem como prática empreendedora: oportunidades e possibilidades. **Acta Paulista de Enfermagem** (UNIFESP. Impresso), v. 23, p. 341-347, 2010.

BACKES, Dirce Stein ; BÜSCHER Andreas ; SCHAEFFER Doris ; ERDMANN, A. L. . Brasilien: Entwicklung der Pflegewissenschaft. **Pflegezeitschrift**, v. 62, p. 712-715, 2009.

BACKES, Dirce Stein ; ERDMANN, A. L. ; BÜSCHER, Andreas . Demonstrating nursing care as a social practice. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** (USP. Ribeirão Preto. Impresso), v. 17, p. 988-994, 2009.

BÜSCHER, A.; KURTI-ASTEDT, P.; PAAVILAINEN, E.; SCHNEPP, W. (2011) Negotiations about helpfulness – the relationship between formal and informal care in home care arrangements. In: SCANDINAVIAN JOURNAL OF CARING SCIENCES, 25 (4), 706-715.

BÜSCHER, A. (2008): Die Kraft und die Last des Tragens. Pflegende Angehörige und Demenz. In: **Pflegen: Demenz**, 9, 4. Quartal 2008, 7-11

BÜSCHER, A.; WINGENFELD, K. (2008): Gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Selbsthilfe und auf personelle Hilfe angewiesen. Die Diskussion um ein neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit. In: **Blätter der Wohlfahrtspflege** 5/2008, 179-181

BAUER, U.; BÜSCHER, A. (2007): Soziale Ungleichheit und Pflege. Konzeptionelle Zugänge. In: **Pflege & Gesellschaft**, 12 (4), 304-317

BÜSCHER, A.; BUDRONI, H.; HARTENSTEIN, A.; HOLLE, B.; VOSELER, B. (2007): Auswirkungen von Vergütungsregelungen in der häuslichen Pflege. Ein Modellprojekt zur Einführung personenbezogener Budgets. In: **Pflege & Gesellschaft**, 12 (4), 343-359

BÜSCHER, A.; WINGENFELD, K. (2007): Tabula Rasa. Neuer Begriff, neue Begutachtung. In: **Forum Sozialstation**, n. 146, 22-25

5. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

5.1 PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES DO DOUTORADO SANDUÍCHE

O estágio de doutoramento esteve integrado à linha de investigação "Ciência da Enfermagem", da Faculdade de Ciências Econômicas e Sociais, da Universidade de Osnabrück, Alemanha. Nesta linha de investigação buscou-se uma interface com as produções do GEPADES (Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde), em especial, no projeto de tese nele vinculado: "Lidando com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato em unidade de terapia intensiva: incorporando melhores práticas na gerência do cuidado em saúde e enfermagem".

Inicialmente, foi elaborado junto ao Prof. Andreas Büscher o cronograma de atividades bem como reconhecimento da Universidade e infra-estrutura disponível para realização de minhas atividades acadêmicas (escritório, biblioteca e demais dependências do campus como cafeteria e restaurante).

Também conheci o escritório responsável pelo recebimento de alunos estrangeiros (International Faculty Office – IFO), onde recebi orientações sobre minha moradia e cartão de estudante, que me permitiram usufruir de todas vantagens tal qual um estudante da Instituição.

5.2 ORIENTAÇÕES INDIVIDUAIS - ORIENTADOR NA ALEMANHA

Os encontros individuais com o Prof. Andreas Büscher foram realizados em seu escritório, na Hochschule Osnabrück, quinzenalmente. Nestes encontros apresentei meu projeto de pesquisa bem como os caminhos já percorridos. Discutimos metodicamente a análise dos grupos amostrais elaborados conforme entrevistas realizadas com os participantes no Brasil, aprofundando as possibilidades de análise dos dados à luz da Teoria Fundamentada nos Dados. A cada encontro eu exercitava com rigor metodológico a construção da análise dos dados, por meio de diagramas, memorandos e elaboração de textos onde discutia meus dados e apresentava ao Prof. Andreas para esclarecimento de dúvidas e avanço no conhecimento na metodologia escolhida cujo Prof. Andreas utilizou em sua Tese.

Estes momentos de orientações foram de grande aprendizado acadêmico e pessoal, pois pude acompanhar a maneira admirável como o Prof. Andreas Büscher conduz suas atividades enquanto professor e pesquisador, além de sempre ter atitudes acolhedoras e ser extremamente prestativo e preocupado com minha inserção na cultura alemã e atividades acadêmicas.

Foto 4: Prof^o Dr. Andreas Büscher e doutoranda Patricia Klock



Fonte: Klock, P.

5.3 ESTUDOS INDIVIDUAIS/ORIENTAÇÕES/ENCONTROS

Paralelamente as orientações individuais, busquei aprofundar meu projeto de tese, ampliando minhas leituras sobre estudos relacionados à Neonatologia bem como teses que utilizaram o referencial teórico da teoria Fundamentada nos Dados, principalmente estudando minuciosamente a tese do orientador alemão, Prof. Dr. Andreas Büscher, intitulada *“Negotiating Helpful Action – A Substantive Theory on the Relationship between Formal and Informal Care”*, defendida em 2007.

5.3.1 Inserção no grupo de pesquisas “famile”

O objetivo do grupo de pesquisa "Famile", na Universidade de Ciências Aplicadas de Osnabrueck e da Universidade de Witten / Herdecke é ganhar introspecção e uma compreensão mais profunda do papel da família na promoção da saúde e da gestão da doença e cuidados de longa duração. De uma perspectiva do curso de vida, são investigadas como famílias lidam com a saúde e a doença em diferentes fases do curso da vida e sua história familiar. Os projetos de doutorado se

concentram no comportamento de saúde durante as fases iniciais de desenvolvimento da família, a gestão da doença e cuidados de longa duração em famílias e famílias na fase final de sua vida. Os doutorandos são estimulados a planejar, executar e avaliar a sua tese com relação a essas áreas. Eles são apoiados por supervisor de cooperação de ambas as universidades, orientação de pós-Doutorandos. São realizados colóquios de pesquisas regularmente 4 vezes ao ano bem como uma série de palestras. Todos os participantes tem a oportunidade de passar uma fase de trabalho intensivo no exterior. Participação em duas conferências internacionais e a apresentação de pelo menos dois artigos para revistas e jornais são esperados. Após 1,5 e 3 anos, os resultados do grupo de pesquisa serão apresentados e discutidos em duas conferências internacionais organizadas pelo grupo de pesquisa.

5.4 PARTICIPAÇÕES EM EVENTOS CIENTÍFICOS

5.4.1 **Participação no 10. Osnabrücker Gesundheitsforum:**

Personalsteuerung in der Pflege – Segeln hart am Wind?!“ (10. Fórum de Saúde de Osnabrück: Gestão de pessoas na Enfermagem) – 12/10/2012, Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.

Neste fórum discutiu-se acerca das novas responsabilidades que os enfermeiros na Alemanha e Europa terão de enfrentar no futuro. Foi organizado pelos programas de bacharelado e da ciência de enfermagem em gerenciamento do cuidado. Contou com debates entre professores da Universidade de Osnabrück e palestrantes de outras universidades e da área de enfermagem. As palestras foram ministradas pelo Dr. Michael Bockelmann (CEO de clínicas Schüchtermann em Bad Rothenfelde), Professor Elke Donath (vice-presidente da Mathias Hochschule Rheine), Dr. Anke Fesenfeld (Hochschule für Gesundheit in Bochum), Dr. Matthias Offermanns (Deutschen Krankenhausinstitut e.V. in Düsseldorf) e Plücker Wolfgang (Coordenador da DKI GmbH in Wuppertal). O Fórum de Saúde forneceu aos participantes a oportunidade de debater e de trocar pontos de vista. Muitos ex-alunos aproveitaram a oportunidade para estimular novas idéias para trazer para seu trabalho diário ", disse o organizador Dr. Winfried Zapp.

5.4.2 Participação no Colóquio do grupo de pesquisa “FamiLie”

O tema central do Colóquio foi a qualidade da pesquisa em Enfermagem, em particular a ideia de gestão em enfermagem ao lidar com crianças com doenças crônicas e seus pais. Além disso, a Sra. Klock me envolvi na discussão dos projetos de tese dos 12 doutorandos presentes. Neste encontro, tive a oportunidade de apresentar meu tema de pesquisa e falar sobre a Enfermagem no Brasil e a Universidade ao qual desenvolvo minhas atividades enquanto doutoranda.

Foto 5: Coloquio do grupo de pesquisa “FamiLie”



Fonte: Imprensa da Universidade de Osnabrück.

5.5 VISITAS

5.5.1 Christliche Kinderhospital Osnabrück (Hospital Infantil Cristão – Osnabrück)

Endereço: Johannisfreiheit,1, 49074 Osnabruck

Homepage: <http://www.christliches-kinderhospital.de/>

O Hospital Infantil cristão é possui 141 leitos hospitalares, 15 lugares de creche e em média 400 funcionários. O Hospital atende, a cada ano, cerca de 7.400 crianças e adolescentes. Suas especialidades clínicas são equipados com o que há de mais recente em termos de diagnóstico médico.

Uma característica do Hospital é a organização das estações. Nos cinco níveis da clínica, crianças e jovens estão alojados junto de acordo com sua idade. Para melhor orientação, as alas das crianças e salas são associadas com cores e símbolos. Por exemplo, se a criança é internada no quarto Delphi na estação no mar, o esquema de cores é mantida apropriadamente em tons de azul. Nos quartos dos pacientes foi criado um espaço para alojamento conjunto de pais/acompanhantes. Além disso, oferece vários assentos várias, salas de jogos e de outras áreas, com muito espaço para as crianças e suas famílias. Tratando-se de bebês pré-termos, conta com a parceria hospitalar competente e confiável do centro obstétrico (Level-1-centro) de Maria Hospital e do Hospital de Osnabrück (localizado ao lado), em comunicação direta pelo segundo andar.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal visitada (Estação 9) tem 14 leitos. Bebês pré-termos e recém-nascidos graves são atendidos, e a presença/permanência dos pais é facilitada. Possui tecnologia de ponta e equipe capacitada que é submetida a constantes capacitações.

Foto 6: Hospital Infantil Cristão de Osnabrück.



Fonte: Klock, P.

Foto 7: Leito da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.



Fonte: Klock, P.

Foto 8: Bomba de seringa da Unidade de terapia intensiva neonatal.



Fonte: Klock, P.

Foto 9: Leito da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.



Fonte: Klock, P.

6 AVALIAÇÃO GERAL DO DOUTORADO SANDUÍCHE

A oportunidade de realizar esta imersão em outro país, com uma cultura tão ímpar, proporcionou a ampliação dos conhecimentos acadêmicos no campo da neonatologia, sob a ótica da Teoria Fundamentada nos Dados.

Viver o cotidiano de um estudante alemão, superando o desafio do idioma, da distância do meu país, me permitiram refletir e conhecer diferenças culturais, sociais econômicas e também enxergar meu país e sua estrutura por outro olhar, de forma mais ampliada e crítica.

Por esta experiência, pude conhecer as diferentes formas de atendimento em neonatologia na Alemanha e no Brasil, percebendo diferenças na estrutura física e de recursos humanos, com o objetivo comum de promover a sobrevivência de bebês pré-termos cada vez menores, com qualidade de vida e com o mínimo de sequelas possíveis.

As oportunidades científicas vivenciadas despertaram a curiosidade para novas descobertas e desafios acadêmicos, com maior segurança diante o cenário internacional, para desenvolver novas pesquisas na área da gerência do cuidado Neonatal, visando boas práticas na/para a Enfermagem.

Desta forma, não poderia deixar de agradecer ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que oportunizou esta experiência pelo programa “Ciências sem Fronteiras”. Agradeço, ainda, a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), onde desenvolvo meu doutoramento junto ao programa de Pós-

Graduação em Enfermagem da UFSC e a Hochschule Osnabrück que me recebeu de braços abertos.

Agradeço minha orientadora brasileira, Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, que não mediu esforços para me apoiar e se fazer presente em cada etapa, confiando na minha capacidade e acolhendo as dúvidas e conquistas nesta trajetória enriquecedora de minha formação pessoal e acadêmica.

Por fim, sou grata ao Prof. Dr. Andreas Büscher, que me recebeu de forma incondicional e acolhedora, sendo sempre atencioso e compreensível, contribuindo para meu avanço na análise de dados e aprofundamento do referencial metodológico da teoria fundamentada nos dados. Sua maneira companheira, séria e amigável oportunizaram momentos de grande enriquecimento na pesquisa científica em Enfermagem.

ANEXO A – Parecer da instituição



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC



DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **Lidando com a fragilidade do viver/sobreviver do neonato em unidade de terapia intensiva: incorporando melhores práticas na gerência do cuidado em saúde e enfermagem** e cumprirei os termos de resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.


Prof. Felipe Felício
Diretor Geral - HU/UFSC

Florianópolis, 07.05.12

Direção do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago
/ Universidade Federal de Santa Catarina

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

PROJETO DE PESQUISA

Título: Lidando com a fragilidade do viver/soberviver do neonato em unidade de terapia intensiva:
Área Temática: Incorporando melhores práticas na gestão do cuidado em saúde e enfermagem

Pesquisador: Alacoque Lorenzini Erdmann
Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Versão: 1
CAAE: 02776412.9.0000.0121

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 34548

Data da Relatoria: 11/06/2012

Apresentação do Projeto:

Estudo de pós-graduação em enfermagem que prevê a entrevista de 30 profissionais de enfermagem que trabalham em UTI neonatal visando avaliar seu lidar com a fragilidade de viver/soberviver do neonato.

Objetivo da Pesquisa:

Determinar a matriz teórica do sistema de cuidado de enfermagem em UTIN que incorpore os processos de construção/desenvolvimento de melhores práticas nesse cenário/contexto de cuidado, a partir da compreensão da organização das práticas de cuidado de enfermagem em UTIN a partir dos significados atribuídos pelos profissionais da Equipe de Enfermagem e demais atores envolvidos sobre as relações e interações do cuidado no lidar com a fragilidade do viver/soberviver do neonato em uma UTIN

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São bem determinados, prevendo o desconforto dos entrevistados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo contribuirá sobre o conhecimento generalizável sobre o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Embora de linguagem algo complexa e, em algumas partes no tempo verbal futuro, acredito que o mesmo seja compreensível para os sujeitos envolvidos no estudo.

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANÓPOLIS, 11 de Junho de 2012

Assinado por:
Washington Portela de Souza

ANEXO C - Parecer do orientador internacional Prof. Dr. Andreas Bücher



Hochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Bescheinigung

Frau Patrizia Klock, geb. am 13.02.1981, war in der Zeit vom 01. September 2012 bis zum 02. Januar 2013 als Promovendin im Rahmen eines Stipendiums der CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) zu Gast an der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Osnabrück. Dort war sie eingebunden in die Arbeiten des Forschungskollegs „Familiengesundheit im Lebensverlauf“ (FamiLe).

Das Forschungskolleg „FamiLe“ verfolgt das Ziel, vertiefende Erkenntnisse zur Rolle von Familien für die Förderung von Gesundheit sowie die Bewältigung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit einzelner Familienmitglieder zu gewinnen. Statt diese, wie es oftmals üblich ist, lediglich in ihrer Bedeutung für das betroffene Individuum zu betrachten und sie in einzelne Problemlagen aufzuschlüsseln, werden sie vor dem Hintergrund des familialen Kontextes fokussiert. Dazu wird eine Lebenslaufperspektive eingenommen, in der Gesundheit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit sowie der entsprechende Umgang der Familien mit diesen Prozessen vor dem Hintergrund verschiedener Lebens- und Familienphasen untersucht werden. Im Forschungskolleg FamiLe werden 12 einzelne Promotionsvorhaben durchgeführt, bei denen die folgenden Problemlagen und Phasen des Lebenslaufs im Fokus stehen:

- Junge Familien in der Familienbildungsphase (Schwangerschaft bis junge Elternzeit)
- Krankheitsbewältigung in der Familie (auch unter Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen)
- Familien im gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungssystem
- Familien in der letzten Lebensphase

Die Promotionsarbeit von Frau Klock mit dem Fokus auf der Pflege in der Neonatologie hat sich gut in den Kontext des Forschungskollegs FamiLe eingefügt. Der Aufenthalt von Frau Klock diente vorrangig der Erweiterung der Perspektiven in ihrer Promotionsarbeit. Während ihres Aufenthalts hat Frau Klock die folgenden Aktivitäten durchgeführt:

- Regelmäßige Arbeitssitzungen mit Prof. Dr. Andreas Bücher zum Fortschritt der Dissertation. Dabei wurden konzeptionelle und methodologische Fragen diskutiert. Im Mittelpunkt standen dabei das Vorgehen im Forschungsprozess nach der Grounded Theory sowie Überlegungen zum Charakter von neonatologischen Intensivstationen im Versorgungsprozess.
- Hospitation auf einer neonatologischen Intensivstation in Osnabrück. Zur Sensibilisierung für ihr Forschungsthema und um einen Einblick in die Arbeit auf einer deutschen neonatologischen Intensivstation zu bekommen, hat Frau Klock Kontakt zu deutschen Pflegefachkräften aufgenommen und darüber die Gelegenheit erhalten, auf einer neonatologischen Intensivstation zu hospitieren und Gespräche mit Pflegekräften und Ärzten zu führen.
- Teilnahme am Kolloquium des Forschungskollegs FamiLe. Im Mittelpunkt standen während des Kolloquiums Themen der qualitativen Pflegeforschung, insbesondere die Inter-

viewführung mit chronisch kranken Kindern und ihren Eltern. Darüber hinaus hat sich Frau Klock an der Diskussion der Dissertationsvorhaben der 12 Kollegiaten im Forschungskolleg beteiligt.

- Teilnahme am 10. Osnabrücker Gesundheitsforum im Oktober 2012 zum Thema: „Personalsteuerung in der Pflege – Segeln hart am Wind“

Wir haben den Aufenthalt von Frau Klock als sehr bereichernd empfunden und wir haben Frau Klock als engagierte und hoch motivierte Kollegin erlebt, die sehr bestrebt war, sich in vielfältige Fragen einzuarbeiten, sowohl im Hinblick auf ihre Promotionsarbeit, aber auch darüber hinausgehend zu Fragen der Pflege in Deutschland insgesamt.

Wir wünschen Frau Klock für den Abschluss ihrer Promotion und ihren weiteren Lebensweg alles Gute und hoffen auf einen bleibenden Kontakt nach Brasilien.

Osnabrück, 18.12.2012



Prof. Dr. Andreas Büscher

ANEXO D - Parecer da orientadora brasileira
Profa. Dra. Alacoque L. Erdmann



Venho por meio deste, manifestar minha satisfação pelos resultados obtidos pela aluna doutoranda Patricia Klock na realização do Doutorado Sanduíche na Universidade de Ciências Aplicadas (Hochschule Osnabrück – University of Applied Sciences) sob a orientação de professor pesquisador estrangeiro, Dr. Andreas Büscher, no período de 01/09/2012 a 31/12/2012.

O desempenho de suas atividades, conforme descrito pela aluna no relatório técnico é fundamental para a formação do doutor em um perfil diferenciado com maior domínio da internacionalização. Isto se deu mediante o convívio e a realização de experiências extra país, exercício da mobilidade acadêmica, com aprofundamentos teóricos e metodológicos importantes para a pesquisa junto ao orientador estrangeiros e alunos de doutorado do grupo de pesquisa “Familiengesundheit im Lebensverlauf” (saúde da família ao longo da vida) na Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Faculdade de Ciências Econômicas e Sociais) da Hochschule Osnabrück, formação de recursos humanos e visão ampliada da realidade da enfermagem como ciência e prática profissional, em especial, na atenção ao cuidado neonatal.

A aluna cumpriu o cronograma de atividades proposto, aproveitando adequadamente seu período de estágio.

Registro também, meus cumprimentos à aluna Patricia Klock pelo sucesso obtido neste estágio e agradeço ao Prof. Dr. Andreas Büscher por colaborar com a formação da referida aluna, com muita dedicação e apreço.

Florianópolis, 31 de janeiro de 2013.

Alacoque Lorenzini Erdmann