UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LICIANE LANGONA MONTANHOLI

A ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NA UTI NEONATAL: ENTRE O IDEAL, O REAL E O POSSÍVEL

São Paulo

2008

LICIANE LANGONA MONTANHOLI

A ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NA UTI NEONATAL: ENTRE O IDEAL, O REAL E O POSSÍVEL

Dissertação de mestrado submetida à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração:
Enfermagem Obstétrica e Neonatal

Orientadora:
Profa Dra Miriam Aparecida Barbosa Merighi

São Paulo

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Montanholi, Liciane Langona.
A atuação da enfermeira na UTI neonatal: entre o ideal, o real e o possível. / Liciane Langona Montanholi. – São Paulo, 2008.
111 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Profª Drª Miriam Aparecida Barbosa Merighi.

1. Enfermeiros em neonatologia (atribuição) 2. Enfermagem em cuidados intensivos pediátricos (recursos humanos) 3. Cuidados de enfermagem (processos). I. Título.

Nome: Liciane Langona Montanholi
Título: A atuação da enfermeira na UTI neonatal: entre o ideal, o real e o possível

Dissertação de mestrado submetida à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em : ___/___/____

Banca Examinadora

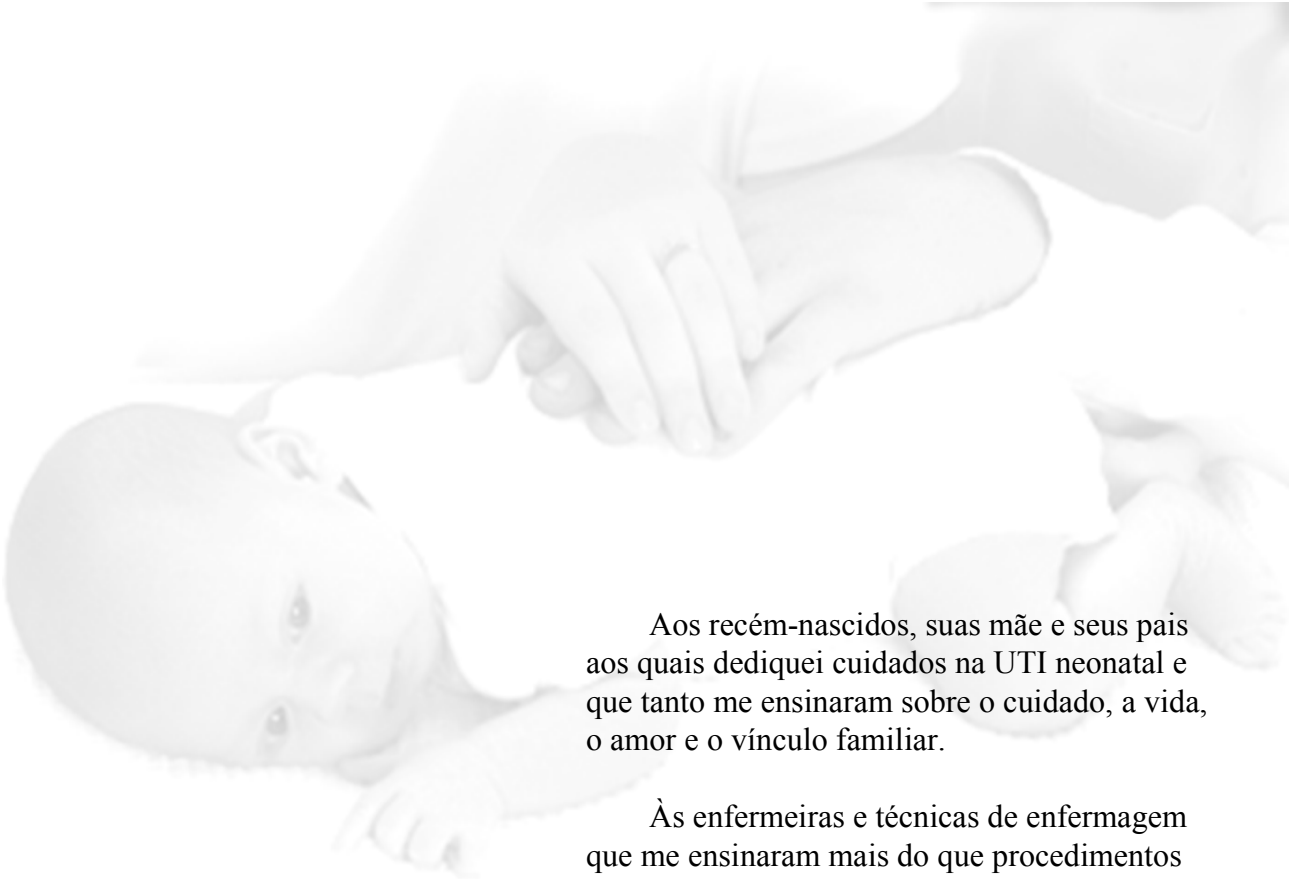
Profa. Dra. Miriam Aparecida Barbosa Merighi (orientadora)
Unversidade de São Paulo

Profa. Dra. Maria Cristina de Jesus Pinto
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Maria Magda Ferreira Gomes Balieiro
Universidade Federal de São Paulo

Profa Dra. Amélia Fumiko Kimura
Universidade de São Paulo

Profa Dra. Maria Aparecida de Jesus Belli
Universidade de São Paulo



Aos recém-nascidos, suas mãe e seus pais aos quais dediquei cuidados na UTI neonatal e que tanto me ensinaram sobre o cuidado, a vida, o amor e o vínculo familiar.

Às enfermeiras e técnicas de enfermagem que me ensinaram mais do que procedimentos técnicos.

www.sunlightphotos.com/NewBornWeb.jpg

Meus Sinceros Agradecimentos

À Profª Miriam Merighi, pela orientação em todas as atividades do mestrado, especialmente nesse trabalho e por me apresentar alguns dos pressupostos da Fenomenologia Social, essenciais para a compreensão da atuação da enfermeira na UTI Neonatal.

À Profª Maria Cristina de Jesus Pinto, pela presença constante na elaboração desse trabalho, especialmente quanto ao referencial filosófico.

À Profª Maria Magda Ferreira Gomes Balieiro, por participar do exame de qualificação e da defesa, contribuindo com o amadurecimento desse trabalho.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Enfermagem e a Subjetividade da Mulher que Vivencia o Processo Saúde-Doença, pelas reflexões que possibilitaram meu crescimento.

À todas as professoras e colegas da Escola de Enfermagem com as quais cursei disciplinas e participei de grupos de estudos, pela troca constante de conhecimento, reflexões e pela amizade.

À Claudete, pelos materiais sobre fenomenologia e por me ajudar a viabilizar os campos de coleta de dados.

À Mariana pela amizade e por ajudar a viabilizar os campos de coleta de dados.

Às enfermeiras que participaram deste estudo, dividindo comigo sua vivência profissional.

Ao CnpQ, pela bolsa de mestrado, permitindo-me ter dedicação exclusiva aos meus estudos.

À minha mãe Ana Maria e ao meu irmão Yuri, por sempre estarem ao meu lado e desejarem meu crescimento enquanto profissional e ser humano.

Ao Márcio por sua compreensão e pelos momentos compartilhados nessa etapa de minha vida.

http://lisawarninger.wordpress.com/2007/03/

Resumo

Montanholi LL. A atuação da enfermeira na UTI neonatal: entre o ideal, o real e o possível [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008.

O recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) necessita de cuidados específicos para o seu desenvolvimento saudável, tornando essencial o cuidado prestado pelo enfermeiro. Este estudo teve como objetivos conhecer e compreender a vivência da enfermeira na UTI neonatal e apreender o típico de vivência dessa profissional em ações na UTI neonatal. Optou-se pela abordagem qualitativa, com enfoque da Fenomenologia Social, tendo como base as questões norteadoras: Fale-me do seu dia-a-dia na UTI neonatal. Como você realiza o cuidado direto ao recém-nascido? Além das atividades que você já desenvolve, há alguma outra atividade que gostaria de realizar aqui na UTI neonatal? Identificaram-se categorias concretas do vivido, emergidas dos discursos, as quais foram interpretadas, segundo o referencial de Alfred Schütz. O tipo vivido da enfermeira que atua em UTI neonatal é: "aquela que desenvolve ações do dia-a-dia, gerenciando a unidade e a assistência de enfermagem, prestando alguns cuidados diretos ao recém-nascido em situações específicas ou nos cuidados de alta complexidade, atendendo às necessidades dos pais dos recém-nascidos. Algumas enfermeiras, apesar de conviver com vários fatores intervenientes como a inadequada relação funcionário/recém-nascido, a deficiência de equipamentos e materiais, a sobrecarga de trabalho administrativo, a falta de cursos de aprimoramento para aperfeiçoar o cuidado direto ao recém-nascido, a presença de estímulo sonoro na unidade e a dificuldade do trabalho em equipe, sentem-se satisfeitas com sua atuação e com a melhora do recém-nascido. Outras enfermeiras manifestam insatisfação com seu trabalho, sentem-se desvalorizadas e sem autonomia. As enfermeiras têm expectativas quanto ao seu trabalho. Visualizam mudanças, como cursos de aprimoramentos, implantação de protocolos de cuidados, humanização entre a equipe de trabalho e a diminuição do trabalho administrativo." Observou-se a necessidade de adequar a quantidade e a qualidade dos recursos humanos de enfermagem nas UTIs neonatais e de ressignificar as práticas de cuidados das enfermeiras. Ademais, 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.

DESCRITORES: Recém-Nascido. Cuidado de Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Pesquisa Qualitativa.

Abstract

Montanholi LL. The role of nurse in the NICU: between the ideal, the real and the possible [thesis]. São Paulo (SP): University of São Paulo School of Nursing; 2008.

The newborn at NICU (*Newborn Intensive Care Unit*) needs specific cares to his health development and nurses cares is essential. The goal of this research is to understand the nurse experience at NICU and to comprehend what is typical about these professionals. We choose a qualitative design, according to the Social Phenomenology approach based on the following guiding questions: Tell me about your job at NICU. How do you do the direct care of the newborn? Besides the work you do, would you like to do another tasks at NICU? Based on the nurses' discourse, concrete categories were identified which express significant aspects of the experience. This categories were interpreted according to the reference framework of Alfred Schütz. The type experienced by the nurse at NICU was: "those who develop day by day tasks, manage the unit and the nurses care, take some direct cares of the newborn in specific situation or in complex cares and take care of newborn parents. Some nurses, in spite of some intervenient factors like inappropriate nurse/newborn relation, deficiency of materials, work administrative overload, lack of training to care of newborn, the noise at NICU, the hardness of work as a team, are satisfied with their work and the getting better of the newborn. Other nurses are not satisfied with their job. They fell their selves disregarded and without autonomy. The nurses have some expectations about their job. They can see possible changes like improvement courses, implementation of care protocols, humanization of the team work and less administrative tasks." We observe the necessity to adapt the amount and quality of nurse team in NICU, and give a new concept of nures´s care. Furthermore, new protocols of care, permanent education, training to technological devices and a evidence based nursing increases the quality of care and promote professional autonomy.

KEYWORD: Newborn. Nursing care. Newborn Intensive Care Unit. Qualitative Research.

Lista de Figuras

1 Esquema representativo: Relações que permeiam o indivíduo no Mundo da Vida Cotidiana 27
2 Esquema representativo: Caminho Metodológico 31
3 Esquema representativo: Categorias concretas do vivido. 33

Sumário

1. O cuidado em UTI neonatal **12**

2. Inquietações e objetivos do estudo **18**

3. Referencial teórico de Alfred Schütz **20**

Mundo Intersubjetivo 22
Atitude Natural 22
Situação Biográfica 23
Bagagens de Conhecimentos Disponíveis 23
Ação Social 24
Teoria da Motivação 24
Relação Face a Face 25
Reciprocidade de Intenções 25
Tipificação 25
O encontro do tema com o Referencial Filosófico 26

4. Caminho metodológico **28**

Região de inquérito e sujeitos da pesquisa 28
Análise dos dados 29

5. Construção das categorias concretas emergidas do vivido **32**

Motivos porque 33
Categoria: Desenvolvendo ações 34
Subcategoria: Gerenciamento 34
Subcategoria: Cuidado direto ao recém-nascido 35
Subcategoria: Atendendo as necessidades dos pais 37
Categoria: Percebendo suas ações 38
Subcategoria: Fatores que interferem no cuidado 38

Subcategoria: Satisfação com o trabalho 41
Subcategoria: Insatisfação com o trabalho 42
Motivos Para 43
Categoria: Expectativas 43

6. Construção do tipo vivido 45

7. Discussão do tipo vivido 46

8. Considerações finais 68

Apêndice
Entrevistas 81

Anexos 109
I Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 109
II Termos de Aprovação: Comitês de Ética 110

Capítulo 1

O cuidado em UTI neonatal

O cuidado de enfermagem implica em auxiliar as pessoas a buscar caminhos que lhes dêem sentido, a fim de que prolonguem e renovem as formas de ser e sentir-se saudáveis através do cuidado de si (Silva et al., 2005).

Cuidar não se relaciona, somente, a saber fazer, realizar técnicas ou investimento em tecnologias sofisticadas, é muito mais que isso. Concordamos com Boff (1999) quando afirma que cuidar significa ter intimidade, acolher, respeitar, proporcionar sossego e conforto, lembrando-se de que tudo começa com o sentimento que nos une e nos faz sensíveis ao que está à nossa volta.

No Brasil, o Artigo 11 da Lei n 7.498/86 assegura que cabe privativamente ao enfermeiro o cuidado direto de enfermagem a pacientes graves com risco de vida, cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (Brasil, 1986).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal constitui-se em ambiente terapêutico apropriado para tratamento de neonatos em estado grave, sendo considerada uma unidade de alta complexidade. Além da tecnologia de ponta e equipamentos diversificados, esta unidade conta com profissionais altamente capacitados e protocolos específicos para a assistência ao recém-nascido (RN). Sendo assim, as UTIs neonatais constituem-se em importante campo de trabalho para a enfermagem, exigindo conhecimento técnico e científico avançado (Kamada, Rocha e Barbeira, 2003).

Rolim e Cardoso (2006b) complementam que o cuidado em UTI neonatal deve ser estruturado no sentido de atender a todas as necessidades dessa população sujeita a riscos. Para isso, é preciso que os profissionais da saúde sejam capazes de garantir observação rigorosa a esses RNs que apresentam doenças capazes de ocasionar sua morte ou seqüelas que interferirão no seu desenvolvimento. Ademais, no cuidado ao recém-nascido deve-se tentar reduzir manuseios excessivos que possam comprometer

seu bem-estar, provocando estresse, dor, alterações fisiológicas e comportamentais.

Os recém-nascidos internados nas UTIs necessitam de uma série de cuidados e procedimentos especializados para garantir sua sobrevivência, desenvolvimento saudável e inserção no seio familiar.

Com o nascimento, ocorrem ajustes fisiológicos essenciais para garantir a adaptação à vida extra-uterina. As alterações no sistema cardiopulmonar e estabilização da temperatura corporal são vitais nas primeiras horas de vida, principalmente no que diz respeito aos recém-nascidos pré-termos, nos quais a imaturidade geral pode desencadear uma ampla faixa de problemas perinatais. Ademais, alterações patológicas, a sobrecarga de estímulo e a deficiente interação entre mãe e bebê podem comprometer o desenvolvimento do recém-nascido.

Os cuidados que envolvem a manipulação e o contato direto com o recém-nascido internado na UTI neonatal são, em geral, atividades complexas e que requerem constante interação com as famílias dos recém-nascidos. Alton, Mericle e Brandon (2006) acrescentam que a fragilidade dos recém-nascidos, a introdução e crescente implementação de procedimentos de alto risco em neonatos de extremo baixo peso, somados à baixa tolerância a erros nas microdoses de medicação, constituem-se em algumas das preocupações dos profissionais das UTIs neonatais.

Assim, observamos que é grande a necessidade do cuidado direto de enfermagem ser prestado pelo enfermeiro, visto a peculiaridade dos cuidados a esta clientela, como, por exemplo, o uso de ventilação mecânica, cateterismo venoso central, microdoses de medicação e a instabilidade clínica desses recém-nascidos. Ademais, são os enfermeiros que estão continuamente ao lado do recém-nascido, o que possibilita decisões de condutas importantes.

Na maioria das vezes, os tratamentos recebidos pelos recém-nascidos na UTI causam dor e desconforto. Marter e Pryor (2005) argumentam que a dor neonatal não controlada pode resultar em efeitos colaterais na saúde e no prognóstico do desenvolvimento neurológico em longo prazo. Há evidências de que a dor e o estresse no período neonatal influenciam no desenvolvimento e nas percepções aos estímulos dolorosos nas outras fases da vida. Assim, os profissionais devem estar habilitados e familiarizados com os instrumentos de avaliação e com o tratamento da dor, para serem capazes de identificar e prontamente minimizar os estímulos dolorosos.

A educação em saúde é outro importante campo de atuação do enfermeiro na UTI neonatal. O contato próximo e a interação com os pais podem facilitar a promoção do vínculo entre pais e filho e orientações para o cuidado ao recém-nascido. Dentre

esses cuidados destacam-se: garantir a lactação e promover o aleitamento materno, quando indicado.

Barreira e Machado (2004), em estudo realizado com as famílias de recém-nascidos, referem que a prática da educação em saúde é de grande importância para a promoção e manutenção do aleitamento materno. Iniciativas como grupo de nutrizes e sala de espera são estratégias de incentivo e orientação valorizadas pelas puérperas.

Muitas vezes, os pais dos recém-nascidos, internados na UTI, encontram-se em situações de vulnerabilidade pela apreensão quanto ao estado do bebê e aos cuidados que terão que dedicar a ele.

A família sente-se ameaçada em sua autonomia, sob pressão da doença, da própria família e da equipe. Os elementos desencadeadores são as experiências vividas anteriormente, o acúmulo de demandas que comprometem sua capacidade para lidar com a situação e o despreparo para agir. Como conseqüência, a família alterna momentos que não consegue fazer nada, com outros que tenta resgatar sua autonomia, sendo, portanto, um movimento dinâmico e contínuo que atribue uma transitoriedade a seu sentimento de vulnerabilidade ao longo da experiência da doença e da hospitalização da criança. A ameaça à autonomia exprime o significado de vulnerabilidade para a família nessa circunstância (Pettengil e Angelo, 2005).

Nesse sentido, Vieira e Rossi (2000) salientam que esses momentos difíceis demandam uma adaptação, para que ocorra a aceitação dessa condição do recém-nascido, requerendo ações por parte daqueles que estão inseridos nesse contexto. O enfermeiro, como profissional da equipe, deve estar capacitado para dar suporte aos pais neste momento de fragilidade.

O método mãe canguru é outro cuidado que torna imprescindível a participação do enfermeiro no direcionamento da equipe e na orientação e incentivo dos pais. Esse método vem sendo implementado em muitas instituições hospitalares. O sucesso de sua implantação e aplicação deve-se principalmente ao cuidado de enfermagem constante e atento às necessidades dos pais e dos recém-nascidos.

O Ministério da Saúde (1999, pg18) define o método mãe canguru como "contato pele a pele precoce, entre mãe e recém-nascido de baixo-peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo dessa forma uma participação maior dos pais no cuidado ao seu recém-nascido".

Além dessas atividades, cabe ao enfermeiro, proporcionar ao recém-nascido um ambiente adequado para sua recuperação, pois, como comenta Gamboa (1997), o cuidado ao RN requer diariamente uma manipulação prolongada, por um longo pe-

ríodo de tempo. Ademais, o ambiente da UTI neonatal, carregado de estímulos nem sempre gentis, difere dramaticamente do sossegado ambiente uterino.

O cuidado voltado para o desenvolvimento do recém-nascido prematuro visa muito mais ao seu crescimento e desenvolvimento. É uma soma de fatores que envolvem a colaboração interprofissional, o envolvimento dos pais no cuidado e a valorização do recém-nascido como um ser humano em processo de desenvolvimento físico, psíquico e social. Ademais, os profissionais devem estar atentos para atender às necessidades individuais de cada recém-nascido e de sua família. Assim, o trabalho da equipe deve estar voltado para a promoção de um cuidado de qualidade durante a internação e após a alta hospitalar do recém-nascido (Aita e Snider, 2003).

Dessa forma, esse é um modelo de cuidado que considera o recém-nascido de forma holística e não apenas sua doença, busca minimizar o desconforto, a dor e as possíveis seqüelas físicas e emocionais. Dentre outros aspectos, esse modelo de cuidado visa à diminuição de estímulos agressivos ao recém-nascido, como, por exemplo, estímulos sonoros, luminosidade, manipulação freqüente e exposição à dor.

No entanto, Hendricks-Munoz e Prendergast (2007), em estudo realizado em Nova York, observaram que 93% dos enfermeiros pesquisados consideram essencial esse tipo de cuidado, porém, 86% relatam que na UTI onde trabalham esse tipo de cuidado não é realizado.

Gamboa (1997), em estudo realizado com enfermeiros que atuam em UTI neonatal sobre o significado do cuidado de enfermagem na perspectiva do enfermeiro, observou que é na atuação do enfermeiro que se constata a conciliação entre a técnica e sentimento. Apesar de todos os enfermeiros, sujeitos desta pesquisa, informarem assumir o cuidado direto ao neonato, havia diferença no que se refere à atitude com que executavam tais cuidados e procedimentos.

A autora, acima citada, afirma que se a enfermagem argumenta que seu conhecimento fundamenta-se no cuidado como experiência de saúde humana, seus objetos de estudo são as pessoas e não as patologias. Dessa forma, os programas curriculares devem ser centrados nas pessoas que vivenciam o cuidado, para serem congruentes com esta filosofia e, com isso, formarem profissionais aptos a prestar assistência centrada nas necessidades do cliente e sua família.

Em vários países desenvolvidos, o enfermeiro presta cuidados diretos contínuos ao neonato de alto risco, ocupando uma posição de destaque nas unidades neonatais, o que resulta em grande respeito ao seu trabalho.

Larguía (2001), ao discorrer sobre a assistência perinatal na cidade de Buenos

Aires, afirma que recém-nascidos prematuros e enfermos exigem uma atenção específica e rigorosa que é amplamente reconhecida. Dentre os profissionais envolvidos no cuidado perinatal, o enfermeiro é um dos mais essenciais, sendo sua atuação imprescindível.

Estudo americano destaca o enfermeiro neonatal como o esteio da UTI, é ele quem trabalha, juntamente com o médico, na decisão de condutas de tratamento, realiza assistência direta ao neonato e oferece suporte emocional às famílias (Hendrick-Munoz et al., 2007).

Além das atividades de cuidado direto ao paciente, a Lei 7498/86 garante que cabe, privativamente, a este profissional atividades de gerência da unidade e do cuidado. Essas atividades incluem: chefia de serviço e de unidade de enfermagem; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, consulta de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem.

Para desenvolver atividades de gerência da unidade e da assistência de enfermagem, há necessidade de construir uma identidade profissional do enfermeiro. Os enfemeiros precisam adaptar-se à função gerencial e buscar conciliar a gerência com o cuidado de enfermagem (Brito, Gazzinelli e Melo, 2006).

Como se pode constatar, são muitas as atividades que competem ao enfermeiro que atua na UTI neonatal. Somam-se à importância do cuidado direto ao recém-nascido as atividades de gerência, pois são estas que garantem um cuidado de enfermagem de qualidade e um ambiente de trabalho seguro para toda a equipe.

Lima et al. (2001) observam que existe predominância de atividades de gerenciamento do cuidado em relação às atividades assistenciais. As enfermeiras, participantes deste estudo, ressaltam que as atividades gerenciais e assistenciais são dimensões indissociáveis em seu trabalho.

A prática assistencial da enfermagem é dependente da política de trabalho da instituição de saúde sendo que, na maioria das vezes, a enfermeira exerce funções administrativas e burocráticas, pois o hospital não conta com recursos humanos especializados em número suficiente para prestar uma assistência qualificada principalmente ao paciente grave.

O crescimento na assistência neonatal se fez e continua ocorrendo sem um planejamento estratégico. Há uma carência de equipamentos e leitos para o cuidado neonatal, e a qualidade da assistência prestada é extremamente contrastante, variando de unidades altamente sofisticadas a outras sem a mínima estrutura necessária. No entanto, esta carência não pode ser sanada sem um concomitante investimento

na qualificação dos profissionais que irão manejá-los, sob pena de se fazer uma incorporação inadequada da tecnologia, com alto custo e baixa efetividade (Lansky et al., 2002; Barbosa, 2004).

Larguía (2001) comenta que na Argentina, especificamente em Buenos Aires, o número de enfermeiros é insuficiente e a relação enfermeiros e auxiliares de enfermagem é inadequada. Os autores acrescentam que a solução para esta crítica situação é formar, com qualidade, enfermeiros na área perinatal, neonatal, investir na docência e na produção de conhecimento nessa área.

Muitos autores têm se aprofundado na temática cuidado de enfermagem. Estudo realizado na Universidade Federal da Bahia aponta que as monografias dos cursos de Residência em Enfermagem têm sido direcionadas, predominantemente, para o cuidado de enfermagem, abordando: a atuação da enfermeira em procedimentos de alta complexidade (35,30%), a organização do cuidar (21,57%), a produção/processo de trabalho (19,60%) e a humanização da assistência em UTI (17,65%) (Fernandes et al., 2004).

Consideramos ser o enfermeiro o profissional da área de saúde com formação e competência mais adequadas para prestar cuidado direto ao neonato em UTI. Cuidado que, como já foi mencionado, requer atenção, capacidade de tomar decisões imediatas, habilidade técnica, constante interação com a equipe de trabalho, pais e familiares dos recém-nascidos e mais ainda cuidar com delicadeza, sensibilidade e amor.

Concordamos com Hendricks Munoz e Prendergast (2007) quando comentam que a atuação do enfermeiro na UTI neonatal é vital para a implementação do cuidado que visa ao desenvolvimento do recém-nascido e à garantia de uma assistência adequada.

Capítulo 2

Inquietações e objetivos do estudo

Por meio de revisão da literatura, constata-se a importância da atuação do enfermeiro na UTI neonatal. Durante minha formação, aprendi que o enfermeiro é o profissional indicado para o cuidado direto ao recém-nascido internado na UTI, no entanto, nos estágios curriculares e extracurriculares observei que há dicotomia entre a teoria e a realidade. Notava os enfermeiros, muitas vezes, familiarizados com os equipamentos na unidade e com as doenças apresentadas pelos recém-nascidos, no entanto, distantes do cuidado direto ao recém-nascido em estado grave, da interação com a família e do cuidado na perspectiva holística.

Após o curso de graduação em enfermagem (2005), realizei estágio na UTI neonatal do Hospital for Sick Children em Toronto-Canadá, onde acompanhei o cuidado direto de enfermagem prestado aos recém-nascidos internados. Nesse país, há mais de 20 anos, é o enfermeiro quem, exclusivamente, presta cuidados diretos de enfermagem em unidades intensivas

Além disso, observei que os enfermeiros realizam o cuidado direto ao recém-nascido com muita agilidade e segurança. A interação entre a equipe multiprofissional também contribui para a assistência de melhor qualidade, possibilitando um cuidado centrado no recém-nascido e em sua família, atendendo às suas necessidades.

Em 2006, cursei Aprimoramento em Enfermagem Neonatal, podendo mais uma vez perceber que, em nosso país, o cuidado direto ao neonato é, na maioria das vezes, realizado por auxiliares ou técnicos de enfermagem, muitas vezes sem treinamento adequado para tal. O enfermeiro, por sua vez, é responsável pelo gerenciamento da unidade e do cuidado (questões administrativas, chefia, diagnóstico e prescrição de enfermagem entre outros).

Torna-se importante conhecer as particularidades do cuidado de enfermagem prestado em UTI neonatal, uma vez que esta não se restringe à utilização de equipamen-

tos, materiais, técnicas e protocolos. Constitui-se, também, em um cuidado holístico, a partir do momento em que se consideram cada recém-nascido e cada família como únicos, aproximando-se deles e atendendo a suas necessidades.

Frente a estas considerações surgiram algumas inquietações: Que atividades estão sendo realizadas pelos enfermeiros na UTI neonatal? Quais atividades estão sendo priorizadas? As condições de trabalho estão influenciando na priorização do cuidado direto ao recém-nascido? O que pensam os enfermeiros dessa unidade sobre sua atuação?

Dessa forma, realizei este estudo com os **objetivos** de:

- Conhecer e compreender a vivência da enfermeira na UTI neonatal.
- Apreender o típico da vivência da enfermeira em ações na UTI neonatal.

Acredito que, com os resultados deste estudo, apontei pontos importantes sobre o modelo de atenção ao recém-nascido internado na UTI neonatal e propus recursos para que, cada vez mais, o enfermeiro esteja habilitado e motivado para prestar um cuidado que se reflita na qualidade de vida do recém-nascido e de sua família.

Capítulo 3

Referencial teórico de Alfred Schütz

Para compreender a vivência da enfermeira na UTI neonatal, optamos pela abordagem qualitativa, com enfoque na Fenomenologia Social de Alfred Schütz.

Segundo Praça e Merighi (2003), a abordagem qualitativa permite compreender o mundo e vislumbrar ações mais eficazes, já que levam em conta as particularidades de cada sujeito. Para seu desenvolvimento, o pesquisador precisa ter capacidade de observação, interação e sensibilidade para apreender o significado oculto que as pessoas atribuem às suas experiências. Assim, neste estudo, através da abordagem qualitativa pudemos vislumbrar ações mais eficazes no que diz respeito ao cuidado direto de enfermagem ao recém-nascido na UTI neonatal.

A Fenomenologia é método intuitivo, tem o objetivo de descrever a estrutura total da experiência vivida e a percepção dos indivíduos sobre suas vivências (Merighi, 2003).

Uma vez que estamos em busca de ações (motivos, desejos, projetos, possibilidades) de um grupo social, ou seja, enfermeiros que atuam em UTI neonatal, escolhemos a Fenomenologia Social para subsidiar os dados encontrados.

Para a Fenomenologia Social, não importa investigar o comportamento particular de cada ator e sim no mundo das relações sociais, o foco de interesse é o que pode se constituir como característica típica de um grupo social ao vivenciar uma determinada situação (Merighi, 2002).

Alfred Schütz, sociólogo e fenomenólogo, afirma que o mundo da vida cotidiana é onde o homem se situa, com suas angústias e preocupações em intersubjetividade com seus semelhantes. Para ele, o propósito das ciências sociais é revelar os significados subjetivos do universo dos atores sociais (Minayo, 2004).

Este referencial estuda o vivido pelas pessoas em seu cotidiano, considerando-as como elementos que atuam, interagem e se compreendem dentro do chamado mundo

social. Permite a substituição dos objetivos de pensamento pelo sentido comum, exemplificando pelas atividades tipificadas as questões em estudo (Schütz, 1974).

Segundo Wagner (1979), os textos de Alfred Schütz constituem a estrutura de uma sociologia baseada em considerações fenomenológicas. Schütz colocou-se, simultaneamente, nos campos da sociologia e da filosofia; dedicando-se para criar os fundamentos de um sistema completo e auto-suficiente de pensamento e procedimento dos sociólogos.

Schütz propõe a Fenomenologia Social baseando-se nos conceitos da fenomenologia proposta por Edmund Husserl e da sociologia de Marx Weber. Apropria-se de conceitos básicos da fenomenologia de Husserl: intencionalidade, intersubjetividade e mundo-vida, tendo como eixo a volta ao núcleo essencial. Da Teoria da Ação Social de Weber, utiliza-se dos conceitos de compreensão, ação e do significado subjetivo para fundamentar filosoficamente as ciências sociais (Cavalhieri, 2001).

A fenomenologia proposta por Husserl tem como ponto de partida as experiências do ser humano consciente; que vive e age em seu mundo, percebendo-o e interpretando-o. Experiência é a atenção direcionada para objetos (reais ou imaginários) intencionados.

A construção do objeto é feita de modo aperceptivo, na síntese de diferentes perspectivas das quais ele é visto ou relembrado de maneira tipificada. Ademais, Weber afirmava que a sociologia deveria se ocupar do significado subjetivo da conduta social. Utilizou o termo significado subjetivo para referir-se ao significado que o próprio autor atribui à sua conduta e também para o significado que a sociologia imputa à conduta de um ator observado (Wagner, 1979).

A Fenomenologia Social é uma fenomenologia de atitude natural, em que a intersubjetividade não é considerada um problema de constituição que se resolve na esfera transcendental, mas sim um dado do mundo da vida, relacionado à questão da comunicação interpessoal, corporal e cultural (Capalbo, 1998).

Peres (2001) comenta que para Schütz há correspondência entre o sujeito e o mundo social em que está inserido em um tempo-espaço-histórico-cultural; sendo um sujeito "de" um mundo social e um mundo social "de" um sujeito. O ser humano que constitui este mundo social é dotado de consciência, sendo capaz de percebê-lo, interpretá-lo e desenvolver suas ações em um mundo que faz sentido para ele.

Utilizando os pressupostos da Fenomenologia Social, buscamos compreender a ação da enfermeira no cuidado direto ao recém-nascido e sua família na UTI neonatal, partindo do significado subjetivo que esta profissional atribui à sua atuação.

A seguir, faremos uma breve contextualização de alguns pressupostos de Alfred Schütz que subsidiaram a análise e discussão dos depoimentos das enfermeiras.

Mundo Intersubjetivo

Também denominado mundo do senso comum/ mundo da vida diária/ mundo cotidiano é o mundo em que o homem atua diariamente intervindo e modificando-o, conforme seus interesses práticos. Na vida diária o homem, geralmente, não questiona, apenas vive. É um mundo social pré-estruturado que é dado para o indivíduo, juntamente com as interpretações de múltiplos fenômenos. A partir desse mundo pré-estruturado, o indivíduo formula suas interpretações de seu próprio lugar, seu papel e atribuições dentro da sociedade e dos fenômenos que ocorrem na sociedade.

Segundo Wagner (1979), no mundo intersubjetivo, o homem totalmente alerta e adulto age sobre ele, sobre e entre seus semelhantes, vivencia como realidade na atitude natural.

O mundo-vida é, desde o princípio, intersubjetivo. Vivemos entre semelhantes com os quais temos influências e experiências comuns, compreendendo-os e sendo compreendidos por eles. É também um mundo cultural, pois desde o princípio ele é um universo de significado para nós; uma textura de sentidos que devemos compreender para nos orientarmos e nos conduzirmos nele (Schütz, 1974).

Cada um de nós aceita este mundo como existente antes de nosso nascimento, como habitado por semelhantes e interpretado por eles de maneira típica e como possuidor de um futuro que está no mínimo parcialmente definido (Schütz, 1974).

Atitude Natural

Atitude natural é uma postura que reconhece os fatos objetivos, as condições para as ações de acordo com os objetos à volta, a vontade e as intenções de outros com quem se tem de cooperar ou lidar, as imposições de costumes e as imposições de leis. Essa postura é essencialmente pragmática, acima de tudo utilitária e, supostamente "realista" (Wagner 1979).

O autor acima citado destaca que, para a atitude natural, o mundo é desde o princípio um mundo intersubjetivo, comum a todos nós, no qual não temos um interesse teórico, mas um interesse eminentemente prático. A atitude natural é governada por um motivo pragmático com relação ao mundo da vida cotidiana.

No mundo social, existem semelhantes com os quais podemos nos comunicar, nesse contexto, há princípios muito vastos e gerais que são verdadeiros para a vida cotidiana. Esses eixos primordiais se interagem no contexto da atitude natural e sua explicação depende de um exame detalhado das condições a priori da possibilidade do mundo do sentido comum (Schutz, 1974).

Situação Biográfica

É o acervo de conhecimentos que o indivíduo vivenciou no decorrer de sua vida, interpretados como tipificações do senso comum, refletindo-se no modo pelo qual o homem ocupa o cenário da ação, interpreta suas possibilidades e enfrenta seus desafios (Merighi, 2000).

De acordo como Wagner (1979), a sedimentação de todas as experiências anteriores do homem, organizadas de acordo com seu estoque de conhecimento, são posses unicamente dele, dadas somente a ele.

Qualquer momento da vida prática do indivíduo no mundo da vida não se esgota numa situação específica, contendo limitações, condições e oportunidades com relações a seus objetivos, tal situação é apenas um episódio de sua vida corrente. O indivíduo se encontra em qualquer momento numa situação biográfica determinada (Wagner, 1979).

Bagagens de Conhecimentos Disponíveis

Constitui-se o conhecimento armazenado, durante toda a vida, seja através de experiências vivenciadas ou do conhecimento transmitido por outras pessoas.

De acordo com Schütz (1974), a bagagem de conhecimento disponível, integrada por tipificações do mundo do sentido comum determina nossa situação biográfica.

Wagner (1979) acrescenta que o indivíduo não pode interpretar nenhuma experiência, definir uma situação em que se encontra ou tomar decisões sem antes consultar seu próprio estoque de conhecimento disponível.

Nossa bagagem de conhecimento traduz nossas vivências individuais e somente podem ser compreendidos pelas ações exteriorizadas, constituindo a base da linguagem e da relação social (Conz, 2008).

Ação Social

Para discorrer sobre esse aspecto, Schütz define três termos: conduta, ação e trabalho. Conduta são as experiências ativas em geral, significativas, de fato ou em potencial. Ação é a conduta "idealizada com antecedência", ou seja, pelo ator de maneira autoconsciente, é o sentido que a ação tem para o ator (Wagner, 1979).

Ação é o processo pelo qual um ator, em sua vida cotidiana, determina sua conduta futura, depois de haver considerado vários cursos de ação possíveis. Ação é a conduta humana como um processo em curso que é idealizado pelo ator, que se baseia em um projeto preconcebido. Ato é o resultado desse processo em curso, uma ação cumprida (Schutz, 1974).

No entender de Schütz, ação é uma atividade voltada para um projeto, para o futuro, dirigida intencionalmente para algo; sendo seu propósito compreendido a partir do ator (Capalbo, 2000).

Trabalho é ação planejada de modo a provocar mudança no estado de coisas exterior, com o auxílio dos movimentos corporais (Wagner, 1979).

Assim, por trás da ação humana está a motivação, definida por Schütz como Teoria da Motivação ou Conduta Motivacional.

Teoria da Motivação/Conduta Motivacional

Os homens têm razões para suas ações (motivos porque) que estão enraizadas em experiências passadas, na personalidade desenvolvida durante a vida, tendo significados objetivos. Ademais, eles agem em função de motivações dirigidas a objetivos que apontam para o futuro (motivos a fim de/motivos para), sendo essencialmente subjetivos.

Motivo para é o estado de coisas, o objetivo que se pretende alcançar com a ação, relaciona-se com o futuro, estado de coisas previamente imaginado. Motivo porque são as experiências passadas, o que motivou a ação pela história de vida.

Os projetos sempre se baseiam no acervo de conhecimento e nos atos passados tipicamente similares que o ator conhece ao elaborar o projeto (Schütz, 1974).

No decorrer da experiência de desenvolver uma ação de acordo com o plano preconcebido, o ator vivencia diretamente os seus motivos para, enquanto age, ele não está consciente de seus motivos porque. Só os pode entender em retrospectiva, num ato de reflexão, que pode ocorrer, mas não necessariamente, depois de terminado o ato. Um observador pode ser capaz de reconstituir os motivos porque de um ator,

com base no ato consumado (Wagner, 1979).

Para se compreenderem os atos das outras pessoas, é necessário conhecer seus motivos para e motivos porque desses atos, o que só é possível apreendendo a perspectiva do próprio ator por meio de seu depoimento.

Relação Face a Face

A relação face a face é a principal forma de encontro social. Wagner (1979) afirma que, para Schütz, o envolvimento simultâneo num ambiente de comunicação constitui, pelo menos temporariamente, um relacionamento do nós, uma relação face a face. Nessa relação, um indivíduo volta-se, intencionalmente, para o outro como ser humano vivo e consciente.

Outra pessoa está dentro do alcance de minha experiência direta quando compartilha comigo o mesmo espaço e o mesmo tempo. Quando eu a percebo, sua experiência flui lado a lado com a minha, nessa relação face a face, apreendo diretamente o outro (Merighi, 2000).

Compartilhar o mesmo espaço e tempo com uma pessoa mostra-me como ela realmente é. Assim, observando as manifestações concretas de suas experiências subjetivas, obtenho conhecimento do aspecto específico da vida consciente de meu semelhante (Schütz, 1974).

Reciprocidade de Intenções

De acordo com Schütz (1974), reciprocidade de intenções compreende a apreensão de objetos e seus aspectos realmente conhecidos por mim e potencialmente conhecidos pelo meu semelhante como um conhecimento de todos. Esse conhecimento é concebido como objetivo e anônimo, ou seja, separado e independente de minha situação biográfica, da de meu semelhante e dos nossos propósitos reais e potenciais imediatos que elas envolvem.

Tipificação

Carvalho (2006) interpreta a tipificação de Schütz como a relação vivida simultânea, direta ou na relação com nossos contemporâneos. As pessoas criam tipos no mundo do senso comum de acordo com seus próprios critérios, baseados em suas percepções e definições. O tipo não é puramente individual ou fruto da conduta

particular de alguém, mas sim uma característica típica de um grupo social que está vivenciando uma situação específica.

As tipificações incluem o universo e o estável, o específico e o mutável. O ator tipifica o mundo para compreendê-lo e comunicar-se com seus semelhantes (Schütz, 1972).

Para a Fenomenologia Social, o que importa é constituir-se em uma característica típica daquele grupo social que está vivendo aquela situação do comportamento vivido (Merighi, 2002).

As tipificações feitas pelo cientista social são frutos da reflexão da experiência da vida cotidiana. Para compreender o tipo vivido, é preciso conhecer os motivos para e os motivos porque dos indivíduos que vivenciam uma determinada situação.

O encontro do tema com o Referencial Filosófico

A enfermeira na UTI neonatal, como sujeito de um mundo cotidiano, atua interferindo e recebendo interferências do mundo em que vive. As experiências vivenciadas durante toda a sua vida e os conhecimentos adquiridos (familiares, amigos e formação profissional) formam sua bagagem de conhecimentos que irão determinar todos os seus atos, refletindo-se em sua atuação profissional.

Em seu trabalho na UTI neonatal, a enfermeira age em atitude natural, conforme sua situação biográfica no momento da ação. Todas as ações vivenciadas por elas nesse contexto estão fundamentadas por motivações que determinam o "porque" agir, (motivos porque), ato consumado, e "para que" agir (motivos para), ou seja, as metas que pretende atingir com suas ações.

Buscamos neste trabalho conhecer a atuação da enfermeira na UTI neonatal, o contexto motivacional de suas ações e com isso compreendemos o típico da enfermeira na vivência do cuidado direto ao recém-nascido na UTI.

Em suas ações na UTI neonatal, a enfermeira se relaciona com os recém-nascidos e seus pais e com a equipe de trabalho. Nas relações face a face, a enfermeira tem consciência de sua existência e da existência do outro. Essa relação se estabelece quando há uma ação social que sempre está fundamentada por uma motivação; todo esse conjunto está inserido no mundo da vida cotidiana em que a enfermeira vive em atitude natural.

Compreendendo esse contexto, a teoria motivacional da enfermeira em suas ações na UTI neonatal, pudemos apreender as vivências das enfermeiras formando o típico da enfermeira que atua em UTI neonatal.

A seguir, a fim de melhor visualizar os pressupostos de Alfred Schütz, apresentamos o esquema representativo das relações que permeiam o índivíduo inserido no Mundo da Vida Cotidiana.

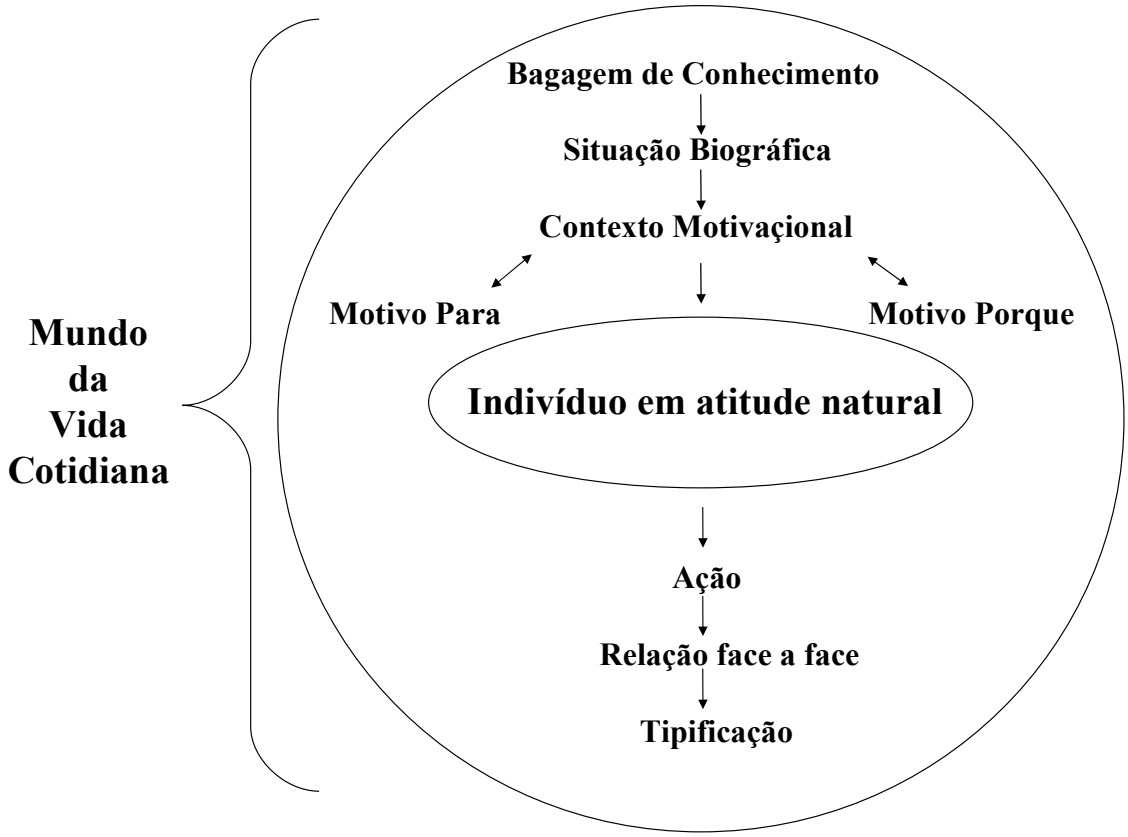


Figura 1: Esquema representativo: Relações que permeiam o indivíduo no Mundo da Vida Cotidiana

Capítulo 4

Caminho metodológico

Região de inquérito e sujeitos da pesquisa

As enfermeiras que aceitaram participar da pesquisa foram esclarecidas sobre o objetivo do estudo, garantia do anonimato e do direito de participar ou não do mesmo. Após estes esclarecimentos, solicitamos às participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo I), conforme previsto na Resolução 196/96 do Conselho Federal de Saúde sobre pesquisas com seres humanos (Brasil, 1996).

Para preservar o anonimato, as enfermeiras foram identificadas com nomes próprios, porém fictícios. Foram respeitados as preferências de data, horário e local para coleta dos dados, garantindo o anonimato das enfermeiras e o direito de se retirarem do estudo, se julgassem conveniente. Este estudo foi aprovado pelos comitês de ética dos hospitais participantes e pelo comitê de ética em pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, antes de iniciar a coleta de dados (Anexo II).

Com o objetivo de desvelar o fenômeno **a vivência da enfermeira na UTI neonatal**, foram realizadas entrevistas individuais com as enfermeiras.

A delimitação do número de sujeitos foi definida a partir do momento em que observamos que os discursos começaram a convergir, indicando que o fenômeno foi desvelado, ou seja, nossas inquietações encontraram-se suficientemente respondidas. Foram entrevistadas **12 enfermeiras**, no período compreendido entre março a maio de 2008, sendo que todos os discursos foram utilizados para a análise dos dados.

Nessa metodologia, não foram levados em consideração faixa etária, sexo, formação e histórico profissional, pois buscamos experiências de vida. A região de inquérito foi formada pela vivência das enfermeiras na UTI neonatal. A fim de situar os su-

jeitos do estudo, foram feitas perguntas quanto aos cursos de pós-graduação, tempo de trabalho em UTI neonatal, função no setor e turno de trabalho.

Os discursos foram transcritos na íntegra e constam no Apêndice Entrevistas deste trabalho. No início de cada entrevista, fizemos uma breve contextualização das UTIs neonatais quanto ao número de leitos da unidade, protocolos de cuidados, infra-estrutura para realizar as atividades, investimentos em capacitação da equipe e programas de humanização tais como "método mãe canguru" e "Iniciativa Hospital Amigo da Criança".

Foram feitas questões que possibilitaram às enfermeiras descrever sua percepção sobre sua experiência no cotidiano na UTI neonatal e seu propósito em relação aos cuidados diretos a estes recém-nascidos.

- Fale-me do seu dia-dia na UTI neonatal. O que você faz?
- Como você realiza o cuidado direto?
- Além das atividades que você já desenvolve, há alguma outra atividade que gostaria de realizar aqui na UTI neonatal?

A entrevista é um encontro social, com características peculiares como empatia, intuição e imaginação. Deve ser utilizada quando se pretende desvelar a visão que uma pessoa tem sobre uma determinada situação (Martins e Bicudo, 1989).

Baseando-se no relato das enfermeiras, obtivemos dados que permitiram interpretar as estruturas vividas e, dessa forma, fomos ao encontro da essência do fenômeno. Assim, a entrevista constitui-se em recurso metodológico adequado para apreender as vivências expressas pelas enfermeiras que atuam na UTI neonatal.

Com o consentimento das entrevistadas, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Com a finalidade de averiguar a pertinência das questões norteadoras, realizamos cinco entrevistas pré-testes que permitiram adequar as questões de acordo com os objetivos do estudo e nossas inquietações iniciais.

Análise dos dados

Para a análise dos dados, seguimos os passos propostos por Parga Nina (1976), seguido por pesquisadores em Fenomenologia Social (Fustinoni, 2000; Merighi, 2000;

Popim, 2001). Dessa forma, a análise das entrevistas foi constituída das seguintes etapas:

- obtenção dos depoimentos para a descrição das ações vividas e expressas pelos sujeitos;
- transcrição das entrevistas com vistas a captar a subjetividade do momento da interação entre pesquisador e enfermeiros;
- leitura atenta dos depoimentos para apreender o que se mostra subjetivo agrupando objetivamente os aspectos afins do significado da ação social;
- categorização dos dados para compreensão do fenômeno investigado;
- interpretação, a partir da compreensão do tipo vivido, de acordo com os pressupostos da Fenomenologia Social de Alfred Schütz.

Todo o processo de análise foi dirigido para o vivido das enfermeiras em seu cotidiano, o mundo social a partir das necessidades evidenciadas por elas quando atuam em UTI neonatal.

Com base nas unidades de significado, identificamos as categorias que expressaram aspectos significativos da compreensão e da vivência das enfermeiras, em relação aos **motivos para** e aos **motivos porque** de suas ações.

Finalmente foi estabelecido o significado do ato social que representa, para a enfermeira, sua atuação na UTI neonatal, com base no típico vivido expresso nas suas falas. A análise das categorias, como já mencionado anteriormente, teve como fio condutor o pensamento do sociólogo e fenomenólogo Alfred Schütz.

A seguir, apresentamos um esquema representativo, do caminho metodológico desta pesquisa..

Fenômeno: A vivência da enfermeira na UTI neonatal

Inquietações

✓Que atividades estão sendo realizadas pelas enfermeiras na UTI neonatal?
✓Quais atividades estão sendo priorizadas?
✓As condições de trabalho estão influenciando na priorização do cuidado direto ao recém-nascido?
✓O que pensam as enfermeiras dessa unidade sobre sua atuação?

Objetivos

- Conhecer e compreender a vivência da enfermeira na UTI neonatal.
- Apreender o típico da vivência da enfermeira em ações na UTI neonatal

.

Questões Norteadoras

✓Fale-me do seu dia-a-dia na UTI neonatal
✓Como você realiza o cuidado direto ao recém-nascido?
✓Além das aitividades que você já desenvolve, há alguma outra atividade que gostaria de realizar aqui na UTI neonatal?

• Pesquisa Qualitativa
• Referencial teórico-filosófico: Fenomenologia Social de Alfred Schütz.
• Referencial para análise dos discursos (Parga Nina, 1976)
- transcrição das entrevistas
- leitura atenta dos depoimentos
- categorização dos dados
- interpretação a luz da fenomenologia social

Região de Inquérito

Vivência profissional da enfermeira em UTI Neonatal pública e privada

Sujeitos

Enfermeiras que atuam em UTI nenatal.

Figura 2: Esquema representativo: Caminho Metodológico

Capítulo 5

Construção das categorias concretas emergidas do vivido

Utilizando os pressupostos da Fenomenologia Social de Alfred Schütz, pudemos compreender o contexto motivacional da enfermeira ao atuar na UTI neonatal, os motivos que determinam suas ações de uma maneira específica e as finalidades de suas ações, ou seja, seus **motivos porque** e seus **motivos para**.

Cada enfermeira tem uma bagagem de conhecimento única, o que singulariza seus discursos. No entanto, da leitura atenta desses discursos na íntegra percebemos pontos de convergência entre eles, ou seja, as enfermeiras têm vivências e percepções semelhantes sobre sua atuação na UTI neonatal. O contexto motivacional (motivos porque) e os projetos futuros (motivos para) tiveram muita semelhança.

Assim, baseando-me nesses pontos de convergência, pudemos identificar as unidades de significado e agrupá-las em três categorias, desvelando o fenômeno a vivência da enfermeira na UTI neonatal. As categorias identificadas foram: **desenvolvendo ações, percebendo suas ações e vivenciando expectativas.**

A categoria desenvolvendo ações abrangeu três subcategorias: **gerenciamento, cuidado direto ao recém-nascido e atendendo às necessidades dos pais**. Ao refletirem sobre seu trabalho na categoria percebendo suas ações, surgiram as três subcategorias: fatores que interferem no cuidado, satisfação com o trabalho e insatisfação com o trabalho.

Nas duas primeiras categorias, ações e percebendo suas ações, agrupamos os **motivos porque**, ou seja, o contexto motivacional da enfermeira, as atividades que elas realizam na UTI neonatal e a percepção sobre seu trabalho.

Na categoria **expectativas**, agrupamos os **motivos para**, que são os projetos a

serem conquistados com seu trabalho na UTI neonatal.

Para melhor explicitar a construção das categorias concretas emergidas do vivido pela enfermeira na UTI neonatal, apresentamos um esquema representativo dessas categorias e, em seguida, faremos a exposição dos motivos porque, contextualizando as ações das enfermeiras na UTI neonatal.

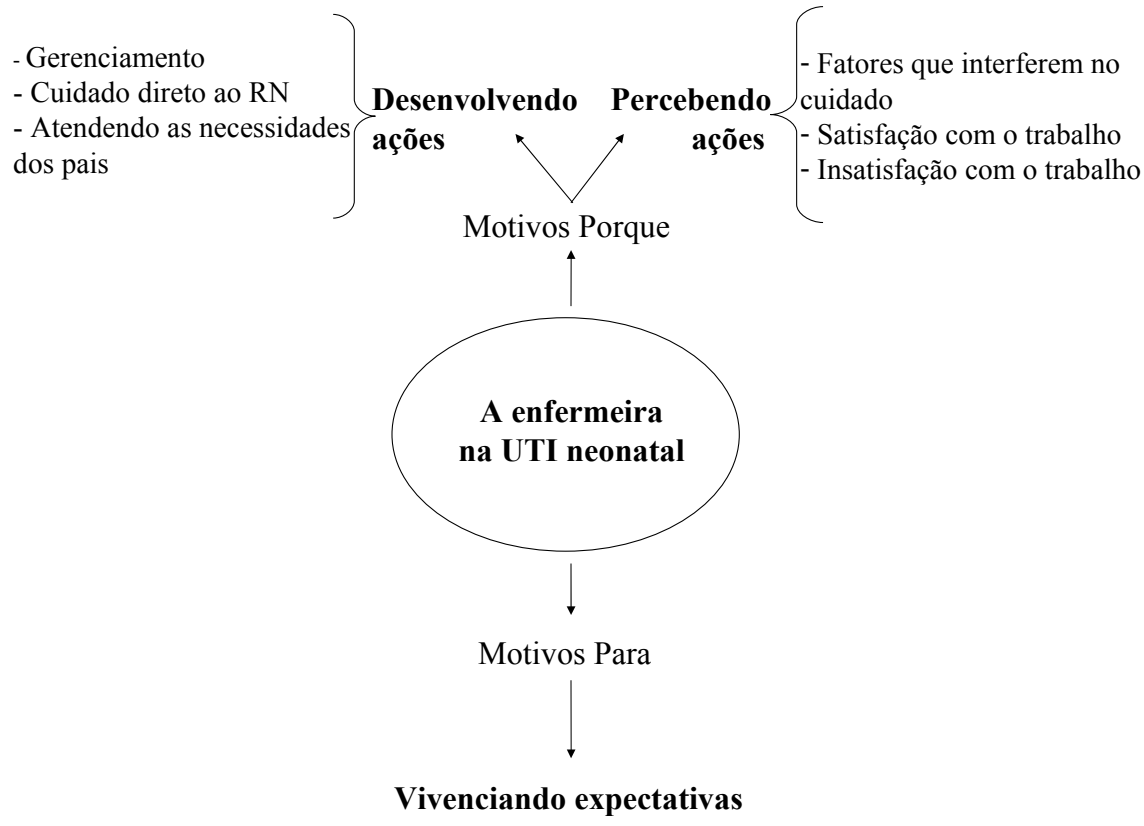


Figura 3: Esquema representativo: Categorias concretas do vivido.

Motivos Porque

Vale lembrar que os motivos porque aludem às experiências passadas e essas experiências levam o ator a agir de determinada forma. No momento da ação, os motivos porque estão ocultos ao ator, que se torna consciente deles apenas quando se volta para sua ação passada ou quando observa a si mesmo, quando a ação está

em curso. Dessa forma, o ator pode conhecer as razões que o levaram a agir de determinado modo (Schütz,1974). Assim, ao entrevistar as enfermeiras, tornou-se possível que elas se voltassem para sua ação de atuar na UTI neonatal e refletissem sobre seus atos.

Categoria: Desenvolvendo ações

Subcategoria: Gerenciamento

Nessa subcategoria, a enfermeira revela que gerencia a unidade, provendo recursos materiais para o cuidado e organizando a unidade (leitos, vagas, exames); gerencia a equipe de enfermagem e o cuidado por meio das escalas de trabalho e da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

> [...] faço uma avaliação geral [...] distribuição dos auxiliares de enfermagem e também dos enfermeiros se houver mais de um enfermeiro na unidade [...] administração da unidade [...] controle de material [...] SAE [...] (Ana).

> [...] faço escala de serviço, distribuo os auxiliares, checo psicotrópicos, monitores, ver se há necessidade de troca, se precisa montar algum leito para chegada de paciente (Luiza).

> [...] resolvo os problemas administrativos, leitos, vagas, encaminhamento para exames, resultados dos exames, participo das decisões de alguns procedimentos para os pacientes (Isis).

> [...] pego o plantão, faço as escalas da melhor maneira possível, cuido do material, faço pedidos [...] confiro todos os equipamentos se estão em bom funcionamento, reponho quando estão quebrados e ligo para a manutenção (Clara).

> [...] preciso fazer toda a parte administrativa, escalas de funcionário, equipamentos que estão quebrados, ligar para o conserto, reuniões; algumas coisas eu acabo passando para supervisão de enfermagem, quando não consigo resolver. Faço também a Sistematização [...] (Alice).

> Fazemos também a Sistematização da Assistência completa aqui, fazemos o histórico, evolução, diagnóstico de enfermagem, prescrevemos e fazemos o acompanhamento, se tiver tranqüilo, adiantamos para o pessoal do dia [...] depois das dez horas (da noite), temos que fazer o papel de escriturários, chamar RX, solicitar material, ligar para a farmácia e laboratório [...] (Laura).

> [...] sempre faço a distribuição da escala de trabalho das auxiliares, [...] eu checo todas as prescrições, os horários, ver o que tem de mais imediato, se tem todas as medicações, principalmente as medicações contínuas e aquelas que não podem faltar. [...] Fico de olho nos equipamentos, organizo, checo psicotrópico, o carrinho de emergência, o termômetro da geladeira, os pedidos de farmácia, troco todas as extensões e vejo se as auxiliares trocaram e colocaram data. Tenho que [...] olhar a unidade como um todo (Sofia).

> [...] eu me concentro tanto nos cuidados ao paciente quanto no gerenciamento de enfermagem, trabalho com a sistematização de enfermagem, diagnósticos, prescrições. Aqui trabalhamos de uma forma muito fidedigna com o diagnóstico de enfermagem, bem detalhada (Amanda).

> [...] tenho que fazer toda a parte administrativa, SAE, evolução, então eu faço de tudo um pouco (Lucy).

Subcategoria: Cuidado direto ao recém-nascido

Além das atividades de gerenciamento citadas anteriormente, as enfermeiras realizam cuidado direto ao recém-nascido e supervisionam o cuidado prestado pelos técnicos e auxiliares de enfermagem.

> Eu tento sempre tratar a dor, porque todos os nossos bebês são cirúrgicos [...] eu passo PICC (Cateter Central de Inserção Periférica), presto cuidados desde banho, medicação, coleta de exames, preparar o paciente para o pré-operatório, recebê-lo do PO (pós-operatório), orientar a mãe no aleitamento materno, passagem de sonda, punções, todos os procedimentos invasivos (Elis).

> [...] somos responsáveis por todos os procedimentos invasivos como punções e sondagem [...] acompanhamos os médicos em outros procedimentos quando necessário, mas quando não precisa ser o enfermeiro, designamos um auxiliar [...] (Luiza).

> [...] ajudo os auxiliares em alguns procedimentos mais complexos, por exemplo, puncionar veia, ver algum problema com o dreno. Mas se eu assumir um paciente tem outra enfermeira supervisionando os outros, sempre fica uma na assistência, e a outra na geral e ela dá suporte geral a todos os outros (Isis).

> Não consigo realizar todos os procedimentos, [...] pelo número reduzido de funcionários [...] delego os procedimentos mais simples, uma troca de fralda, por exemplo, outros como sondagem vesical são atribuições da enfermeira. [...] assumo somente alguns cuidados para poder dar suporte aos outros

bebês. Assumo todos os cuidados invasivos, que são atribuição da enfermeira, como punção, coleta de exames, passagem de sonda (Alice).

[...] POI (pós-operatório imediato) de cirurgia cardíaca [...] sempre assumimos com um técnico; nesse caso são muitos cuidados para fazer, coletas de muitos exames, instalação de drogas[...] (Laura).

[...] assumo pacientes, geralmente os pacientes mais graves [...]. Aqui temos pacientes de cirurgia cardíaca, a complexidade é muito alta [...] temos muitas enfermeiras [...] dedicamos bastante tempo para o cuidado, mesmo que não seja um paciente que não tenha tanta gravidade. Fazemos a assistência direta, passamos PICC, sondagem, punções venosas, arteriais, troca de fralda. A coleta de sangue arterial [...] a passagem do PICC são privativos da enfermeira. A passagem de sonda e instalação de NPP são preferencialmente da enfermeira, mas podemos delegar para os técnicos dependendo de como estiver o plantão. No atendimento de parada cardiorrespiratória a enfermeira atua, sendo também privativo, vamos controlando e delegando as atribuições para os técnicos. (Jasmim).

[...] quando temos um PO quem acaba assumindo o paciente é a enfermeira, damos prioridade, ainda mais quando estamos em duas enfermeiras, com certeza, é a enfermeira quem assume. [...] junto com o técnico de enfermagem [...] (Estela).

[...] Deixo de lado outras atividades, faço depois se tiver a parte administrativa e mais o cuidado, eu faço o cuidado, depois retomo as atividades administrativas. Porque o cuidado é o mais importante. Sempre consigo conciliar (Clara).

Os pacientes em pós-operatório cardíaco chegam muito graves, então, sempre a enfermeira fica prestando assistência junto com dois técnicos [...] então aí eu priorizo. [...] (Amanda).

[...] temos que priorizar o que é mais importante, não dá para olhar para todas as crianças ao mesmo tempo e fazer tudo ao mesmo tempo. Nem sempre dá para priorizar o cuidado do jeito que precisaria [...] ainda mais com o quadro de funcionário reduzido (Alice).

Sempre penso que primeiro é a assistência à criança, então se ela está bem atendida, todas as necessidades estão bem assistidas, então, tudo o que tenho que fazer, posso fazer depois, mesmo que seja para sair depois do horário, para mim não importa. [...] no decorrer da assistência se tem alguma coisa burocrática que eu tenha que fazer, uma solicitação de medicamento, uma conversa com a família, aí sim, eu tenho que dar uma pausa e não tem jeito [...] algumas dessas coisas fazem parte das necessidades do paciente (Jasmim).

> Presto os cuidados quando tem um menor número de funcionários, aí a gente fica assistencial também, além de toda a parte administrativa [...]. O cuidado com a criança realizado pela enfermeira e pelo auxiliar é o mesmo, mas se tiver algum procedimento invasivo, aí elas (auxiliares de enfermagem) nos chamam, pois isso é da enfermeira, mas no geral os cuidados básicos são os mesmos. Esses procedimentos invasivos são: punção, passagem de sonda vesical, nasogástrica, nasoenteral, coleta de exame [...] Os auxiliares ficam nos cuidados que são menos complexos, o banho, troca, a medicação, troca de incubadora [...] (Clara).

> [...] se estou com um quadro de funcionários melhor [...] tenho mais tempo para fazer outras atividades, como, por exemplo, discussões em grupo com a equipe. Mas quando está muito justo, tenho que assumir o paciente integralmente, assumindo todos os cuidados, [...] mas tem dias que eu só auxilio os técnicos de enfermagem (Amanda).

> [...] depende muito de como vai ser o plantão e de quantos funcionários [...] se precisar cobrimos técnicos de enfermagem também, por conta de sermos assistenciais. [...] Nem sempre eu assumo o cuidado direto, se a unidade está tranqüila eu prefiro que elas (técnicas de enfermagem) assumam, porque sempre temos outras atribuições, como, conversar com os pais, explicar algumas coisas, fazer a SAE, que aqui é feita bem detalhada, controlamos tudo, diurese [...] perda de peso. Se o bebê está muito grave, a gente até compartilha com a funcionária (técnica de enfermagem) e se a gente tem um número pequeno de funcionários e um número grande de crianças, a gente assume alguma criança (Laura).

> [...] Eu costumo observar em relação à organização da criança, porque o técnico nem sempre acha que é importante. Aqui usamos Escala de dor [...] acabo sempre orientando os funcionários quanto às medidas que podem ser feitas (Jasmim).

> [...] eu tenho que me planejar, se vou prestar assistência direta [...] eu divido os pacientes com as meninas, pego no máximo um ou dois pacientes para mim e me planejo para prestar assistência de qualidade e desempenhar as outras atividades que preciso. Quando eu assumo, assumo integralmente, desde trocar a fralda até passar um PICC. Os outros pacientes são as técnicas que assumem e sempre elas têm meu respaldo para dúvidas, e sempre estou gerenciando, vendo tudo o que está acontecendo, e também faço algum outro procedimento específico da enfermeira, mais complexo [...] (Amanda).

Subcategoria: Atendendo às necessidades dos pais

Algumas enfermeiras também relataram estar atentas às necessidades de cuidados aos pais dos recém-nascidos.

> [...] um cuidado muito diferenciado, que não se trabalha só com o recém-nascido, mas com a mãe também [...] Procuro também trabalhar com a mãe, incentivo ela tocar seu bebê, mesmo ele estando entubado, ela deve estar presente (Elis).

> [...] orientamos o aleitamento materno [...] avaliamos a amamentação (Laura).

> [...] uma assistência psicológica, social, mental, aí então entra muito a família, o contato desde o começo com a família é muito essencial. [...] insiro bastante a família no cuidado [...] não dá para ver a criança sem a família, sempre vejo a criança com a família do lado [...]. Isso é gratificante, mas, demanda tempo também, estar ali com a família, estar cuidando dela também, os pais ficam com os bebês o tempo que eles quiserem (Amanda).

> [...] é muito bom quando tem o convívio com a família e a superação de todas as necessidades, é muito gratificante. Às vezes não se chega ao ponto que se desejava, mas eu acredito em Deus e vou levando (Luiza).

> [...] adoro trabalhar com os pais, nesse contexto de relação com a família. Mas tem muitos funcionários que não gostam e que são resistentes com relação a isso, prefere que o bebê fique restrito à incubadora e que a mãe vai atrapalhar. Então, fica difícil, ainda mais que ninguém segue uma padronização de condutas aqui [...] No outro hospital [...] eu vivencio um outro lado completamente diferente, porque lá temos protocolos, padronização, [...] humanização [...] o projeto canguru, a parte de estabelecimento de vínculo entre pais e bebê, a humanização são muito maiores. Então como eu venho desse contexto, a base da minha formação é essa, [...] sempre trago na minha assistência, na minha conduta, eu sei que é o meu jeito, a minha forma de ser. [...] eu reflito isso para as minhas auxiliares (Sofia).

> Os pais ficam direto aqui na UTI, o que é uma coisa boa, mas também é um pouco complicado, quando você está muito corrido, isso também gera um pouco de estresse, porque tem que parar e às vezes vai atrasar alguma coisa, e não vai ficar tão legal para a criança [...] (Jasmim).

Categoria: Percebendo suas ações

Nessa categoria, as enfermeiras verbalizam os fatores que interferem nas suas ações, principalmente no cuidado ao recém-nascido e à sua família.

Subcategoria: Fatores que interferem no cuidado

Algumas enfermeiras afirmam que se sentem valorizadas pela equipe de trabalho e recebem apoio da instituição (cursos, treinamentos, equipamentos e materiais)

para desenvolver seu trabalho. Nas relações interpessoais, trocam conhecimento e experiência profissional com a equipe.

> Aqui é um lugar muito bom para trabalhar, posso desenvolver tudo o que quero [...] A supervisão de enfermagem é muito boa, está sempre junto conosco é bem tranqüilo. Estou satisfeita aqui, e olha que já trabalhei em vários lugares, e aqui é bem mais tranqüilo [...] As meninas (auxiliares de enfermagem) trabalham muito bem, sabem bem o que é preciso fazer (Clara).

> As meninas (técnicas) já sabem muito, a gente troca muito também, as funcionárias mais antigas estão no meu plantão, é uma relação muito gostosa [...] Eu gosto muito de trabalhar aqui, já dispensei dois grandes hospitais por preferir ficar aqui, mesmo na crise em que se encontra, pela diminuição do número de leitos. [...] aqui temos uma relação muito excelente com os médicos, a confiança que eles têm em nós é muito boa. [...] tenho uma supervisão que me escuta, temos médicos que nos escutam [...] (Laura).

> [...] quando não sei alguma coisa, eu pergunto, mesmo para as auxiliares, somos uma equipe, e como eu não tenho tanta destreza, tanta experiência, mas tem outras da equipe que têm [...] uma colega que é habilitada para passar o PICC, está me passando o conteúdo teórico [...] (Luiza).

> A nossa equipe é bem unida gosto muito daqui, [...] trabalhamos em sincronia, e já nos conhecemos há quatro anos, [...] tanto com a equipe de enfermagem como com os outros profissionais. Em uma intercorrência já sabemos o que cada um tem que fazer, já desenvolvemos muito bem. [...] também temos um bom relacionamento com os médicos. [...] (Estela).

> [...] se tem uma intercorrência, e preciso ficar atendendo junto com a auxiliar, tem uma enfermeira na retaguarda se precisar colher um exame, pedir alguma coisa (material, medicação) (Lucy).

> [...] é importante também interagir, conversar com a equipe médica para decidir qual a melhor conduta para ser tomada com o recém-nascido (Elis).

> [...] Estou em um lugar que me oferece um suporte para poder dar uma qualidade de assistência muito boa, tenho tudo aqui dentro, [...] temos tudo o que precisamos para prestar assistência, desde o curativo mais caro que precisar. Temos também os grupos de estudo, grupos de risco de infecção para sondagem vesical, grupo de pele, grupo de dor, grupo diagnóstico de enfermagem. Então, está todo mundo estudando para que tudo funcione. Eu estou participando do grupo de diagnóstico de enfermagem (Laura).

> [...] a instituição oferece treinamentos [...] tanto para os enfermeiros quanto para técnicos de enfermagem, todos os meses e com uma temática diferente, sendo essa temática muitas vezes sugerida pelos próprios profissionais. Eu acho isso muito importante, estar em treinamento contínuo (Amanda).

> [...] aqui eles investem muito em treinamento, incentivam-nos a fazer cursos, participar de eventos científicos e também de dar palestras nos eventos realizados pelo hospital (Estela).

Outras enfermeiras mencionam fatores negativos, interferindo no cuidado ao recém-nascido e sua família, como a inadequada relação funcionário/recém-nascido, a deficiência de equipamentos e materiais, a sobrecarga de trabalho administrativo, a falta de cursos de aprimoramento para aperfeiçoar o cuidado direto ao recém-nascido, a presença de estímulo sonoro na unidade e a dificuldade do trabalho em equipe.

> Quando tem duas enfermeiras na unidade é mais tranqüilo, porque quando ficávamos em duas à noite, ficava uma na UTI, e a outra na Semi e nos "normais", então quando eu ficava só na UTI a preocupação é só ali, eu me focava só naqueles pacientes [...]. Quando estou sozinha (só uma enfermeira no plantão), tenho que pensar em tudo, e tem coisas que só a enfermeira pode fazer (Lucy).

> [...] se ficamos em duas, então dá para dividir bastante, enquanto uma está nas intercorrências, no cuidado, a outra está atendendo as outras partes (resolvendo outras pendências, ligar para plantonistas, pedir avaliação) (Luiza).

> Acabo perdendo muito tempo com os papéis dos prontuários, coisas que nós, enfermeiras, temos que preencher, [...] acabam tomando muito tempo, principalmente quando está cheio, quando temos pacientes graves. [...] um tempo que eu poderia estar atendendo uma criança [...] cada mês aparece um papel novo para a gente preencher, não tem muito o que fazer para mudar (Lucy).

> [...] atividades burocráticas que tenho que fazer acaba interferindo na assistência ao bebê. Eu tenho que assumir o berçário normal, a semi-intensiva e a UTI [...] eu acabo tendo que delegar o cuidado para os auxiliares e tenho que assumir a unidade como um todo, [...]. Os funcionários precisam vir me pontuar só as intercorrências, porque às vezes eu não consigo saber de tudo o que acontece nas três unidades ao mesmo tempo (Alice).

> [...] se tivesse mais recursos materiais, eu desenvolveria melhor meu trabalho. [...] temos uma falta de material, tanto de material de consumo quanto de equipamentos. [...] Tem coisas que não depende só de sua criatividade, ou da sua experiência [...] não tem como criar um cateter central [...] (Isis).

> O local é muito barulhento, interfere bastante nos cuidados ao recém-nascido, depois que ficou a UTI pediátrica com a UTI neonatal, piorou mais ainda. [...] não temos um ambiente adequado para o recém-nascido [...] às vezes não dá para prestar um cuidado melhor porque falta um material, ou um aparelho que não está funcionando, somos muito carentes disso aqui, ainda mais por ser um hospital público (Elis).

> [...] eu preciso ter mais habilitação, atualização, é muito importante para mim [...] acompanhar as modificações no mercado [...] às vezes o local de trabalho não dá a liberdade de se aperfeiçoar. [...] (Luiza).

Subcategoria: Satisfação com o trabalho

Nessa subcategoria, agrupamos as unidades de significado em que as enfermeiras expressam satisfação com o trabalho realizado.

> Gosto muito de trabalhar aqui, apesar de todas as nossas dificuldades, eu me sinto muito feliz, principalmente quando uma criança chega aqui muito grave e sai muito bem, isso é muito gratificante. Ver a criança depois da alta, ver que ela está bem quando a mãe vem trazer para a gente, é muito bom!! Ver que algo deu certo porque é muito delicado, me sinto satisfeita por trabalhar aqui (Elis).

> [...] nos demais dias, como hoje mesmo ("a UTI não está tão cheia"), eu já fico mais tranqüila, com a consciência tranqüila, sensação de missão cumprida [...] É gratificante trabalhar aqui, é uma experiência nova que tenho adquirido, um novo aprendizado [...] (Estela).

> Eu gosto muito de bebê, eu amo UTI neonatal, eu sinto que eu contribuo muito para as crianças que eu cuido. [...]. Às vezes eu pego a criança em estado gravíssimo, que, por exemplo, ninguém conseguiu puncionar, aí eu consigo passar um PICC. Outro dia fiquei cuidando de uma criança a madrugada toda [...] fui observando que com minha assistência aliada à conduta médica, [...] ela foi melhorando. [...] a forma com que você presta a assistência proporciona o conforto, a melhora, consegue um acesso venoso mais difícil, ou então, no momento em que é preciso, com agilidade e rapidez você consegue reverter o quadro da criança (Sofia).

> [...] eu me vejo bem importante, porque além de superar a minha necessidade, ao mesmo tempo consigo ver as melhoras nas crianças [...]. Eu me sinto muito bem, ao mesmo tempo, um pouco tristonha, porque é uma realidade que a gente precisa estar lutando, mas também, a gente se coloca no lugar da criança e da família, e ficamos pensando o que vamos fazer (Luiza).

> Aqui, trabalho como eu gostaria, se não está muito cheio e se meu número de funcionários está legal [...] (Jasmim).

> Aqui tem uma coisa boa, pelo número pequeno de internações, conseguimos ficar até uma hora dentro de um quarto avaliando uma amamentação, conseguimos dar essas orientações de forma bem tranqüila, uma orientação completa [...] estou muito satisfeita com o meu trabalho (Laura).

Subcategoria: Insatisfação com o trabalho

Nos discursos, as enfermeiras referiram insatisfação com seu trabalho, que esteve associada ao sentimento de que são desvalorizadas pela equipe de trabalho e há falta de autonomia.

> [...] você dedica tudo o que você tem pelo seu trabalho, trabalha com a maior responsabilidade, [...] da melhor maneira possível, e de repente, você vê que os outros não te enxergam, não valorizam seu trabalho. Já aguentei muita coisa. [...]apesar do meu trabalho depender da colega da tarde, que depende do pessoal da manhã, somos uma classe extremamente desunida. Acho isso muito triste!! [...] Isso não é só aqui, nesse hospital, já passei por outras instituições, isso é uma coisa geral, uma coisa nacional. [...] Muito se fala de humanização de funcionário-cliente, pouco se fala de humanização entre colegas de trabalho [...] (Lucy)

> [...] aqui não temos uma pessoa para ficar resolvendo os outros problemas para podermos assumir as crianças [...] é uma questão que tento passar para a supervisão, mas, não necessariamente a supervisão sabe da nossa rotina e consegue solucionar nosso problema nesse momento [...]. Então a gente fica um pouco de mão atada, porque não conseguimos resolver isso. Os médicos [...] não conseguem entender que às vezes não dá para fazer tudo naquele momento (Alice).

> As situações que mais fiquei insatisfeita barram em outros profissionais, já fiquei muito insatisfeita com a cirurgia pediátrica [...] principalmente na parte de curativos, aqui não temos nenhum curso sobre curativos, ainda mais aqui

> que é referência para cirurgia pediátrica. [...] como não tem o "abraçar" das pessoas, é muito complicado. Mas aqui, para manter um curativo, para angariar pessoas para isso [...] é muito difícil, a gente explica [...] até um certo ponto um plantão mantém, mas depois o outro não. [...] tem ainda aquela hierarquia, em que eles (médicos) são os semideuses e nós somos apenas da enfermagem, é muito difícil lidar com eles. [...] meio complicado romper com essa barreira [...] (Sofia).

> [...] temos alguns problemas com os médicos, em relação à autonomia até que a gente consegue ter um bom espaço aqui dentro para discutir as coisas, mas às vezes não, e isso acaba dando uma certa insatisfação [...]. Tem médicos que são mais acessíveis, outro não [...] médicos que trabalham há 20, 25 anos aqui, aí eles acham que têm o poder, talvez uma reunião pudesse ajudar, mas até já foram feitas, é uma questão política, não é tão simples assim de resolver [...] (Amanda).

Compreendendo o contexto motivacional, ou seja, as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras e sua percepção sobre esse contexto, passamos agora a descrever os **motivos para** expressos nas entrevistas.

Motivos Para

Os motivos para, como já mencionado anteriormente, referem-se as atitudes do ator no processo de sua ação, seus objetivos a serem alcançados com sua ação, seus projetos futuros. São essencialmente subjetivos, só se revelam ao ator se ele se pergunta qual o sentido que atribui a sua ação (Schutz, 1974).

Categoria: Expectativas

As enfermeiras manifestaram várias expectativas relacionadas ao cuidado do recém-nascido e seus pais. Buscam mantê-lo estável, organizado, minimizar o sofrimento, a dor e as seqüelas e promover o vínculo afetivo entre eles e seus pais.

> [...] quero que o bebê melhore, que se desenvolva, que ele cresça, [...] seja uma pessoa feliz (Clara).

> [...] quero sempre que tudo saia certinho, os horários das medicações, de dietas, tento sempre seguir o horário e a rotina. Quero sempre que ao final do plantão tenha saído tudo certo, porque o paciente precisa disso, de estabilidade e organização (Jasmim).

> [...] Não quero que ele vá para casa somente bem, não só bem da saúde física, quero que ele vá bem, mas inserido num contexto familiar, estabelecendo um vínculo familiar. [...] que ele saia bem, mas em todo um contexto, isso a gente trabalha sempre, apesar de não ser psicóloga [...] (Amanda).

As enfermeiras visualizam algumas mudanças que podem contribuir para melhoria do cuidado em UTI neonatal como: a educação permanente na modalidade de cursos e eventos de atualização para equipe de enfermagem; a implantação de protocolos de cuidado; a humanização entre a equipe de trabalho e a diminuição do trabalho administrativo nas atividades desenvolvidas pela enfermeira no cotidiano da UTI neonatal.

> [...] falta um tempo para sentar com os funcionários para rever materiais, como lidar com equipamentos, a gente precisa estar sempre se atualizando, porque chega na hora da correria [...] na hora que precisa utilizar, acaba esquecendo. [...] falta esse trabalho de poder estar relembrando e atualizando (Laura).

> O que precisa é ter uma atuação maior da educação continuada, o que eu não vejo acontecer [...] os funcionários além de recorrer à chefia imediata do setor, eles podem ter um apoio, mais cursos, treinamentos. No tempo que estou aqui, eu não vi nenhum curso voltado para os auxiliares ou para os enfermeiros, a não ser para quem está sendo admitido, precisa mais curso de reciclagem mesmo. [...] Então isso tem que melhorar (Isis).

> [...] eu gostaria de poder assumir a criança integralmente, mas no momento não estamos conseguindo fazer isso [...] porque aqui não temos uma pessoa para ficar resolvendo os outros problemas para podermos assumir as crianças [...] não está dando para fazer isso (Alice).

> Eu gostaria de fazer um pouco menos a parte administrativa, tem muitos papéis que a enfermeira tem que preencher [...] (Lucy).

Para apreender a tipificidade da enfermeira que atua na UTI neonatal, elaboramos seu tipo vivido, seguindo os passos propostos por Alfred Schütz, o qual apresentamos a seguir.

Capítulo 6

Construção do tipo vivido

O tipo vivido da enfermeira que atua em UTI neonatal é: "aquela que desenvolve ações do dia-a-dia, gerenciando a unidade e a assistência de enfermagem, prestando alguns cuidados diretos ao recém-nascido em situações específicas ou nos cuidados de alta complexidade, atendendo às necessidades dos pais dos recém-nascidos. Algumas enfermeiras apesar de conviver com vários fatores intervenientes como a inadequada relação funcionário/recém-nascido, a deficiência de equipamentos e materiais, a sobrecarga de trabalho administrativo, a falta de cursos de aprimoramento para aperfeiçoar o cuidado direto ao recém-nascido, a presença de estímulo sonoro na unidade e a dificuldade do trabalho em equipe, sentem-se satisfeitas com sua atuação e com a melhora do recém-nascido. Outras enfermeiras manifestam insatisfação com seu trabalho, sentem-se desvalorizadas e sem autonomia. As enfermeiras têm expectativas quanto ao seu trabalho. Visualizam mudanças, como cursos de aprimoramentos, implantação de protocolos de cuidados, humanização entre a equipe de trabalho e a diminuição do trabalho administrativo".

Capítulo 7

Discussão do tipo vivido

Dialogando com os pressupostos da Fenomenologia Social, pudemos compreender a atuação da enfermeira na UTI neonatal e a motivação em relação às suas ações. Primeiramente conhecemos o contexto de trabalho, ou seja, quais ações desenvolvem e como elas percebem suas ações. Após essa etapa, apreendemos quais são suas expectativas com sua atuação. Assim, passamos agora a interpretar o tipo vivido da enfermeira, iniciando com a compreensão do contexto motivacional, os motivos porque.

As enfermeiras desenvolvem ações de gerenciamento, cuidado direto aos recém-nascidos e atendem às necessidades dos pais. De acordo com Schütz (2003), podemos interpretar cientificamente a ação humana quando esclarecemos adequadamente, como um homem, em sua atitude natural e senso comum, consegue compreender a ação do outro.

Capalbo (2000) complementa que sempre devemos considerar o sentido que o ator atribui a sua própria ação dentro do seu mundo social.

A forma como as enfermeiras realizam essas ações é determinada pelo seu acervo de conhecimento e por sua situação biograficamente determinada. Para Schütz (1974), o acervo de conhecimento do mundo da vida se constitui a partir das coisas herdadas e apreendidas das múltiplas sedimentações da tradição, dos costumes e de suas próprias constituições prévias de sentidos, que podem ser conservadas e reformuladas, tornando seu mundo-vida repleto de sentido.

As ações de gerenciamento englobam o gerenciamento da unidade, provendo recursos materiais para o cuidado, organizando a unidade (leitos, vagas, exames); o gerenciamento da equipe de enfermagem e do cuidado, por meio das escalas de trabalho e da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Spagnol (2005) afirma que as atividades gerenciais são uma das quatro atividades

que norteiam a profissão da enfermeira, e que estão sempre interligadas com as atividades assistenciais, educativas e de pesquisa. A intersecção entre elas é essencial para uma assistência segura e livre de riscos ao cliente. A gerência de enfermagem é importante para a articulação entre os vários profissionais da equipe e para a organização do processo de trabalho da enfermagem, buscando concretizar as ações a serem realizadas junto aos clientes.

De acordo com estudo realizado por Kamada (2002), a equipe de saúde espera que a enfermeira desenvolva a gerência da unidade. Prover adequadamente recursos materiais, como medicamentos, sangue, manutenção de equipamentos e organização da unidade, demonstra que seu trabalho está sendo desenvolvido com qualidade. Segundo os médicos participantes desse estudo, as enfermeiras devem priorizar suas atividades de gerência e a manutenção das funções vitais dos recém-nascidos.

A SAE é um importante instrumento para a gerência do cuidado de enfermagem ao recém-nascido e sua família, essencial para a equipe de enfermagem guiar seu trabalho. Cruz (2008) afirma que a SAE direciona o pensamento do enfermeiro para decisões apropriadas sobre as necessidades de cuidados dos pacientes (diagnósticos), os resultados que se quer alcançar, e quais os melhores cuidados (prescrições) para atender àquelas necessidades, considerando esses resultados desejáveis.

Segundo Kamada e Rocha (2006), com a SAE, a enfermeira organiza, sistematiza e conceitua a prática de enfermagem, podendo avaliar o recém-nascido integralmente. Além disso, permite à enfermeira diferenciar sua prática daquelas dos médicos e de outros profissionais de saúde. No entanto, as autoras observaram que o reduzido número de enfermeiras pode dificultar sua implantação e implementação, o que também foi destacado pelas enfermeiras no presente estudo.

Schütz (2003) afirma que devemos visualizar o que pretendemos produzir com nossas ações futuras, antes de poder esboçar cada passo da ação. Assim, antes de traçar os planos, devemos idealizar a estrutura que iremos construir.

Da mesma forma, a enfermeira deve ter em mente o motivo para, a meta do cuidado de enfermagem, antes de prescrevê-lo. Sua bagagem de conhecimento e sua situação biográfica atual a orientam no levantamento das necessidades de cuidados dos recém-nascidos e de seus pais, possibilitando determinar os diagnósticos de enfermagem. As prescrições de enfermagem são sempre baseadas em seus conhecimentos de atos passados que são similares ao projetado e serão baseadas em sua situação biográfica atual. A SAE, especificamente as prescrições de enfermagem, é sempre planejada visando aos motivos para de suas ações, o que as enfermeiras almejam com

o cuidado que será prescrito.

A fala das enfermeiras entrevistadas mostra que as atividades de gerência são essenciais, para um cuidado de qualidade ao recém-nascido e sua família, e necessárias, não só para a atuação da enfermeira, mas para o trabalho de toda a equipe da UTI neonatal, pois garante recursos físicos, organização da unidade e direcionamento do cuidado. Ademais, percebemos que as atividades de gerência exigem um grande envolvimento e dedicação da enfermeira, o que pode torná-la pouco disponível para as atividades assistenciais da unidade.

As enfermeiras prestam cuidados diretos ao recém-nascido, quando o recém-nascido necessita de cuidados especializados, o quadro de funcionários de enfermagem está deficiente e quando conseguem conciliar com as outras atividades de sua competência.

As enfermeiras relataram serem responsáveis pelos procedimentos invasivos e mais complexos, como sondagem enteral e vesical, cuidados com o PICC, instalação de NPP e delegam os procedimentos mais simples aos auxiliares e técnicos de enfermagem, além disso, monitoram e minimizam a dor, orientam e promovem o aleitamento materno.

O cuidado especializado, como, por exemplo, a passagem e cuidado de um PICC são vistos como uma meta para o cuidado de enfermagem.

> [...] é muito importante para mim, e eu fiz o curso, é a passagem de um PICC [...] se conseguir passar um cateter nele (recém-nascido), e ele conseguir ficar a internação toda com aquele cateter, diminuir o número de punções, vai ter menos dor, menos sofrimento para ele, para mãe e até para a equipe que vai se estressar menos na hora que precisar de uma punção venosa (Ana).

A inserção do PICC é um procedimento de alta complexidade e que exige qualificação do enfermeiro, sua manutenção deve ser feita por profissionais treinados e os curativos por enfermeiros com qualificação específica. O PICC permite reduzir a freqüência de punções venosas e de procedimentos invasivos, reduzindo, conseqüentemente, a exposição dos recém-nascidos à dor e ao estresse (Camargo, 2007).

A Lei n 7.498/86 assegura ao enfermeiro cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. Observamos que as enfermeiras sentem-se responsáveis por prestar os cuidados diretos mais complexos e especializados. Reconhecem a repercussão e a importância desse cuidado tanto para o recém-nascido e sua família como para a equipe.

Os recém-nascidos internados em UTI neonatal podem necessitar desde cuidados intermediários até cuidados intensivos. A avaliação do grau de necessidade dos recém-nascidos pode orientar a enfermeira na determinação da complexidade assistencial do recém-nascido, favorecendo a adequada alocação dos recursos humanos na UTI neonatal. Para avaliar as necessidades assistenciais em UTI neonatal, Toledo e Fugulin (2000) elaboraram um instrumento, posteriormente reconstruído e validado por Bochembuzio e Gaidzinski (2005).

Recém-nascidos instáveis e em estado grave, que exigem um cuidado minucioso na manipulação e constante monitorização de suas funções vitais, devem sempre estar sob os cuidados de enfermeiras habilitadas não somente para prestar um cuidado técnico adequado, mas também um cuidado humanizado.

Há enfermeiras que se sentem responsáveis pelos cuidados diretos aos recém-nascidos, fazem questão de assumir seus cuidados integrais, sendo esse o foco central do seu trabalho.

> [...] Amo a assistência, faço questão de olhar a criança como um todo e ficar atenta a todos os detalhes [...] a posição que está o sensor do oxímetro, onde foi feita a punção para a glicemia capilar, são coisas que podem repercutir no conforto do bebê ou mesmo em uma queimadura [...] (Sofia).

Por outro lado, há enfermeiras que priorizam as atividades de supervisão do cuidado prestado pelos técnicos e auxiliares de enfermagem. Nesse aspecto, há enfermeiras que delegam a responsabilidade pelo cuidado direto para as técnicas e auxiliares de enfermagem, como pode ser observado na fala a seguir:

> Normalmente, fico auxiliando o auxiliar, por exemplo, se tem uma auxiliar sozinha com três bebês [...] preciso ajudá-la [...] verifico os sinais vitais, depois vejo se tem alguma medicação [...] auxilio mais na medicação, por que são vários tipos de medicação diluídas [...] auxilio no banho se é um paciente mais delicado [...] fazemos os procedimentos, supervisionando e auxiliando os auxiliares de enfermagem (Luiza).

Sendo a UTI neonatal uma unidade destinada à internação de neonatos em estado grave e com risco de vida e de acordo com o Artigo 11 da Lei n 7.498/86 que assegura que cabe privativamente ao enfermeiro o cuidado direto de enfermagem a esses pacientes, o foco de trabalho deve ser o cuidado direto, sendo ajudados pelos auxiliares de enfermagem e não o contrário. A responsabilidade pelo cuidado é da enfermeira, cabe a ela assumir esse cuidado tão minucioso e que necessita de tanta qualificação para ser realizado com qualidade.

No entanto, por meio da entrevistas, observamos que as enfermeiras preferem não assumir os cuidados integrais de um recém-nascido. Assim, sempre que possível, ou seja, quando a relação funcionário de enfermagem/ recém-nascido está adequada, ficam na supervisão do cuidado e realizam cuidados de maior complexidade técnica.

> [...] O melhor jeito é quando as técnicas assumem todos os pacientes, e eu fico gerenciando e entrando nos momentos mais críticos, nas dúvidas [...] (Amanda)

> [...] quando tem algum paciente mais grave eu acabo assumindo com as meninas. [...] tenho medo de assumir integral e ter que me ausentar, cuidar de outro bebê, e acabar me perdendo no cuidado com aquela criança [...] (Lucy).

Nesse aspecto, observamos a necessidade de adequação dos recursos humanos nas UTIs neonatais, principalmente o aumento do número de enfermeiros assistenciais. Dessa forma, torna-se possível que alguns enfermeiros assumam os cuidados integrais aos recém-nascidos mais graves, enquanto outros supervisionam o cuidado prestado pelos técnicos de enfermagem.

As enfermeiras consideram o cuidado direto ao recém-nascido a ação mais importante na UTI neonatal. Assim, sempre que há necessidade de o cuidado direto ser prestado pela enfermeira, elas o priorizam, especialmente se o recém-nascido requer cuidados intensivos. No entanto, como mencionado anteriormente, devido a suas outras atribuições e ao quadro de funcionários de enfermagem, elas nem sempre assumem os cuidados integrais a esses recém-nascidos.

> [...] se houver a necessidade de assistência direta, vou dar prioridade para a assistência, deixando a parte administrativa para quando tiver tempo [...] Se não houver funcionário suficiente, a gente vai cuidar, vai ficar no leito [...] Inúmeras vezes eu fico depois do meu horário, porque eu não consegui abrir a SAE no meu horário [...]. E como o SAE é pertinente só à enfermeira e não posso delegar a ninguém, tenho que esperar prestar o cuidado e depois fazer a SAE (Ana).

Estudo realizado por Lima et al. (2001) também identificou que a enfermeira de unidade neonatal considera que o paciente é a prioridade, atribuindo maior importância ao cuidado direto, no entanto, o cuidado direto ainda está distante da realidade do cotidiano hospitalar.

Ao prestar o cuidado direto, as enfermeiras referem poder conhecer melhor o recém-nascido, fato que permite sistematizar a assistência de enfermagem (SAE) de forma adequada e de melhor qualidade.

> Eu gosto sempre de poder participar [...] prestar o cuidado direto, mesmo se estiver tranqüilo [...]. Só consigo conhecer a criança se eu prestar o cuidado direto, só consigo prescrever direito se conhecer a criança. É muito importante também para poder passar o plantão [...] acho que a gente só aprende no dia-a-dia, se ficar sentada atrás do computador só escrevendo, não tem como; temos que acompanhar (Laura).

Ademais, enfatizam a necessidade de prestarem cuidados direto aos recém-nascidos. Atentam para outros fatores que nem sempre os técnicos de enfermagem percebem como importantes, como, por exemplo, a organização do recém-nascido no leito e a necessidade de controlar e minimizar a dor do recém-nascido. Algumas enfermeiras referem que quando a relação recém-nascido/técnico de enfermagem está adequada, podem assumir integralmente um recém-nascido que necessite de cuidados de maior complexidade.

> Quando estou na assistência, consigo prestar um cuidado bem melhor para o paciente, fico mais tempo com ele. Como tem muitos funcionários, consigo ficar com um paciente só, normalmente.. [...] o cuidado, dentro do que a gente pode é muito bom. [...] (Isis).

Estudo realizado por Kamada (2002), com enfermeiras que atuam em UTI neonatal, revelou que para elas o excesso de recém-nascidos internados, a gravidade deles e o número reduzido de enfermeiras dificultam o trabalho. Dessa forma, consideram que poderiam prestar um cuidado mais detalhado e mais humanizado e acompanhar todos os recém-nascidos, se tivessem mais enfermeiras na UTI neonatal.

Durante o cuidado ao recém-nascido, a enfermeira estabelece com ele uma relação íntima, **face a face**, possibilitando que ela o perceba enquanto ser humano e compreenda suas necessidades de cuidado. Para Schütz (2003), quando estou **face a face** com meu semelhante, percebo seu corpo, suas expressões e me comunico com ele através de todos os seus gestos, sendo possível comprendê-lo, captando sua essência como uma pessoa determinada presente aqui e agora.

Assim, somente ao estabelecer uma **relação face a face** com o recém-nascido, a enfermeira torna-se capaz de definir um plano de cuidados de enfermagem de qualidade. Quando prioriza o cuidado direto a um recém-nascido em estado grave em relação às atividades administrativas, ou mesmo em relação aos outros recém-nascidos da UTI neonatal, a enfermeira demonstra que orienta seu trabalho para o cuidado de acordo com as necessidades mais emergenciais dos recém-nascidos. Ao preocupar-se com o conforto e organização do recém-nascido, ela transcende os

procedimentos técnicos privativos de sua profissão e realiza um cuidado voltado para o bem-estar e desenvolvimento do recém-nascido.

No contato com a família, as enfermeiras estão atentas para identificar e satisfazer as necessidades de cuidado tanto dos pais como do recém-nascido, especialmente em relação ao vínculo entre eles. Ao atentar as necessidades do outro, a enfermeira estabelece uma relação em que há reciprocidade de intenções que, de acordo com Schütz, (1974) é se colocar no lugar do outro e conseguir ver o mundo de acordo com suas perspectivas.

Para atender às **necessidades dos pais**, as enfermeiras estabelecem uma relação **face a face** com eles. Por meio desse relacionamento, da obervação e das conversas com os pais, as enfermeiras são capazes de apreender o significado subjetivo da experiência vivenciada por eles nesse momento e, dessa forma, identificar suas necessidades de cuidado.

Assim, após identificar as necessidades de cuidado dos pais, as enfermeiras realizam orientações e incentivo quanto ao aleitamento materno, método canguru, toque e cuidados com o recém-nascido, de forma a promoverem o vínculo entre pais e recém-nascido e a superação das necessidades tanto do recém-nascido quanto dos pais. Dessa forma, apreendemos que, durante esse tipo de cuidado, as enfermeiras estão atentas à saúde emocional do recém-nascido e de seus pais.

> [...] incentivamos muito o aleitamento materno, o apego entre os pais e o recém-nascido, [...] utilizamos também método mãe canguru, [...] a maioria dos pais, [...], mesmo a gente explicando todo o método, o benefícios, eles não ficam muito tempo não (Jasmim).

O incentivo ao aleitamento materno mencionado pelas enfermeiras é fundamental, principalmente quando a condição clínica do recém-nascido impede a sucção ao seio materno ou até mesmo sua alimentação. Nessas situações, a educação e incentivo constante da mãe são extremamente necessários para manter a lactação, que se torna muito mais difícil.

Já o método canguru tem como vantagens o fortalecimento do vínculo mãe/filho, evita longos períodos sem estimulação sensorial, estimula o aleitamento materno, aumenta a confiança dos pais no cuidado ao filho, proporciona melhor controle térmico, melhora o relacionamento da família com a equipe de saúde, diminui o risco de infecção hospitalar e o tempo de internação, melhora os ritmos cardíacos e respiratórios e diminui o risco de complicações iatrogênicas (Ferreira e Vieira, 2003 e Ministério da Saúde, 1999).

O método mãe canguru deve ser empregado sempre que mãe/pai e recém-nascido estiverem em condições para estabelecer contato pele a pele. Esse método não substitui as incubadoras, porém supre as necessidades afetivas e emocionais do recém-nascido, proporcionando aconchego e calor humano que contribuem para sua recuperação, condições que nenhum equipamento oferece.

Estudos internacionais apontam para a maior participação da família no cuidado ao recém-nascido na UTI neonatal e advogam por um cuidado individualizado e voltado para o desenvolvimento do recém-nascido. Nos Estados Unidos, por exemplo, o NIDCAP (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*) tem como objetivo principal mudar o foco do trabalho na UTI, passando do tradicional foco nos procedimentos para o foco no relacionamento com o recém-nascido e sua família, aumentando a participação da família nos cuidados ao recém-nascido.

Westrup (2007) comenta que o NIDCAP é um programa multidisciplinar, sua implantação não envolve apenas os profissionais da UTI neonatal, envolve também as famílias dos recém-nascidos, especialmente os pais. A implantação desse programa tem sido apontada como um grande desafio para a equipe da UTI neonatal e seu sucesso depende da participação de toda a equipe, dos pais e familiares dos recém-nascidos. A troca de experiência entre os pais promove a divulgação desse tipo de cuidado na UTI neonatal.

As enfermeiras afirmam prestar um cuidado diferenciado, tentando inserir os pais no cuidado ao recém-nascido, por meio do toque, aleitamento materno e método canguru. Sentem-se **satisfeitas** quando há o convívio do recém-nascido com seus pais e quando, com seu cuidado, conseguem satisfazer as necessidades da família como um todo.

> Quando tem alguma criança que é possível fazer o método mãe canguru, eu procuro fazer, incentivar (Sofia).

> [...] é muito bom quando tem o convívio com a família e a superação de todas as necessidades, é muito gratificante [...] (Luiza).

Ademais, para os pais, a atenção recebida da enfermeira, o fato de permitirem que tenham contato com o bebê e de serem informados quanto ao estado clínico do filho geram sentimento de que são considerados pela equipe e de que juntos farão o melhor para o recém-nascido. Os pais acrescentam que o enfermeiro está sempre presente na unidade, o que garante segurança para o bebê e para eles próprios (Butler e Galvin, 2003).

Jones,Woodhouse e Rowe (2007) observaram que os pais valorizam a atenção recebida pela enfermeira, quando ela os encoraja a fazer perguntas para certificar-se de que compreenderam o que foi dito. Além disso, apreciam quando a enfermeira demonstra cuidado e relaciona-se com empatia com eles. Por outro lado, referem que a comunicação não é efetiva, quando não conseguem compreender a informação transmitida ou quando a enfermeira não se mostra aberta para dúvidas.

Os autores acima citados percebem que na comunicação com os pais, na UTI neonatal, as enfermeiras precisam adequar-se às necessidades expressas por eles. De acordo com as mães, é preciso que a abordagem seja mais individualizada, o que envolve reconhecer o papel desempenhado pela mãe e pela enfermeira no cuidado ao recém-nascido. Já os pais expressam que as enfermeiras precisam ter capacidade de oferecer informações consistentes quanto ao estado do filho.

No presente estudo, as enfermeiras relatam que nem sempre têm disponibilidade de estar com os pais, orientá-los e incentivar o cuidado com o filho, pois, para prestar um cuidado holístico e humanizado, precisam de tempo e disponibilidade. Mais uma vez, observamos que é preciso adequação do número de enfermeiros, concomitante à capacitação de toda a equipe de enfermagem para um cuidado com qualidade técnica, humanização e voltado para o desenvolvimento do recém-nascido.

Outro fator importante destacado por elas foi a ausência de padronização quanto ao cuidado aos familiares ou mesmo a resistência de alguns profissionais quanto à inserção da família na UTI neonatal.

> [...] adoro trabalhar com os pais, nesse contexto de relação com a família. Mas tem muitos funcionários que não gostam e que são resistentes com relação a isso [...] e ninguém segue uma padronização de condutas aqui [...] (Sofia).

Ademais, Kamada e Rocha (2006) também observaram a fragmentação de responsabilidades e ausência de padronização do trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal. Além disso, essas profissionais têm grande preocupação para o cumprimento de normas e regras da instituição e que não realizam ações para colocar os pais em situação mais confortável. Com isso, os pais, embora valorizem os cuidados de enfermagem como um todo, não conseguem diferenciar a enfermeira dos outros membros da equipe e dificilmente recorrem a ela para os questionamentos relativos ao tratamento.

No entanto, a maneira como a enfermeira cuida dos pais e familiares dos recém-nascidos reflete na atuação de sua equipe de trabalho. Assim, quando a enfermeira

dedica cuidados, atenção e respeita a presença dos pais na UTI neonatal, sua equipe pouco a pouco irá aprender a dedicar cuidados aos pais também.

> [...] Desde que eu entrei aqui, o grupo que trabalha comigo adquiriu o meu jeito de ser, então, elas já começaram a respeitar mais os familiares (Sofia).

Essa inter-relação entre os profissionais na UTI neonatal proporciona a modificação contínua da extensão e da estruturação de nosso estoque de conhecimento à mão. De acordo com Wagner (1979), uma experiência posterior modifica nossos interesses principais e nosso sistema de relevâncias. Ademais, o sistema de relevâncias determina o sistema de tipos, pelos quais nosso estoque de conhecimento à mão é organizado. Assim, os interesses principais do ator terão mudado, quando o evento antecipado ocorrer e se tornar um elemento real do seu presente vivido.

No **mundo da vida cotidiana**, os indivíduos inter-relacionam-se e agem de acordo com o conhecimento adquirido de suas **relações sociais** e de sua vivência. Cada indivíduo interpreta o mundo de uma maneira única de acordo com sua bagagem de conhecimento adquirido, de forma a dar sentido a suas vivências e às vivências de seus semelhantes. A equipe de enfermagem, ao lidar de maneira mais respeitosa com a família do recém-nascido, está praticando o conhecimento adquirido pela observação da vivência da enfermeira.

Escutar e olhar atentamente são instrumentos imprescindíveis para que a equipe de saúde compreenda os sentimentos das mães de recém-nascidos internados na UTI neonatal. Para isso, é ver os fatos através das concepções do outro e escutar com envolvimento suas experiências, tornando possível conhecer suas reais necessidades de cuidado. É essencial que os profissionais envolvidos no cuidado ao recém-nascido busquem formas de intervenções mais humanas e efetivas que contribuam para o fortalecimento da relação entre mãe e filho (Sales et al., 2005).

Dessa forma, observamos que o cuidado à família, especialmente à mãe, é de extrema importância para a formação do elo entre pais e filho. Ademais, os pais devem receber todas as orientações necessárias, a fim de se tornarem aptos ao cuidado de um bebê prematuro, possibilitando seu desenvolvimento e sua inserção na comunidade.

Na categoria **percebendo suas ações**, as enfermeiras discorrem sobre os **fatores que interferem no cuidado** ao recém-nascido e à sua família. Algumas sentem satisfação com sua atuação, enquanto outras se sentem insatisfeitas e desvalorizadas.

Para Gamboa (1997), a percepção que a enfermeira tem do seu trabalho e do contexto em que trabalha está relacionada com a afinidade pela clientela que é aten-

dida, como ela se sente nas relações interpessoais, e pela forma como atua junto ao cliente.

Somado a esses fatores, acreditamos que a percepção de seu trabalho também está relacionada com as relações com a equipe de trabalho e com as metas traçadas para o alcance de seus objetivos profissionais e pessoais.

As enfermeiras relatam que os fatores que interferem no cuidado ao recém-nascido e sua família são: relacionamento com a equipe de trabalho, falta de habilitação para o cuidado, relação funcionário/recém-nascido inadequada, apoio da instituição (equipamentos e materiais adequados e treinamentos), excesso de trabalho administrativo, barulho constante na unidade e a presença constante dos pais na UTI neonatal.

Ao relatar sobre as relações profissionais que vivenciam na UTI neonatal, as enfermeiras descrevem como são influenciadas pela equipe e como isso repercute em seu trabalho. De acordo com Schutz (1974), o mundo da vida cotidiana é, desde o princípio, intersubjetivo, pois vivemos nele como homens entre outros homens, com os quais temos influências e trabalhos em comum, compreendendo e sendo compreendidos por eles.

A experiência que temos do mundo se justifica e se corrige mediante a experiência dos outros com quem nos relacionamos, temos tarefas, conhecimento e sofrimento em comum. Além disso, o **mundo intersubjetivo** é interpretado como um possível campo de ação de todos nós. O **motivo para** de minha ação pode influenciar na ação do outro com quem convivo, tornando-se, então, seu **motivo porque**. A reação do outro é o **motivo para** de meu próprio ato (Schütz e Luckmann, 2003).

Nas relações interpessoais, as enfermeiras relatam, como fator que interfere positivamente em seu trabalho, o apoio recebido da equipe, quando trocam conhecimento e experiência profissional.

> [...] Outras intercorrências que não consigo resolver, peço orientação para outras enfermeiras ou para auxiliares. Essa rotina é nova para mim [...] (Luiza).

Para a enfermeira, no cuidado ao recém-nascido, toda a equipe compartilha dos mesmos objetivos que os motivam a atuar na UTI neonatal, percebendo o cuidado como responsabilidade de todos. O trabalho em equipe surge da observação das necessidades do recém-nascido, que os leva a perceber o cuidado do outro como complementar e necessário para a adequada assistência ao recém-nascido. Assim, a enfermeira sente-se reconhecida pelo seu trabalho e apoiada pelo trabalho da equipe (Gamboa, 1997).

No atendimento a uma emergência, as enfermeiras valorizam o trabalho da equipe e sentem-se parte dela na decisão de condutas importantes. Observam que a confiança que sentem com a equipe e o tempo de trabalho na instituição proporcionam que o trabalho se desenvolva de forma sincronizada, especialmente nas intercorrências.

Kamada (2002), em entrevista com médicos que atuam em UTI neonatal, observou que eles esperam que a enfermeira tenha conhecimentos clínicos e terapêuticos para conduzir o cuidado nos momentos de emergência. Acreditam que é importante a enfermeira sistematizar os cuidados de enfermagem na UTI neonatal. No entanto, para eles, o cuidado se limita aos cuidados físicos, visando à estabilização das funções vitais, não abordam questões como o cuidado integral e cuidado aos pais dos recém-nascidos.

Por outro lado, sabemos que é essencial a enfermeira poder planejar o cuidado de enfermagem, podendo abordar o recém-nascido em todos os aspectos, suprindo as necessidades da família como um todo. Ao ter apoio da equipe de trabalho, a enfermeira pode desenvolver melhor o seu trabalho e dedicar-se a realizar cuidados de sua competência, que são frutos de sua formação holística e de sua presença constante na UTI neonatal.

A qualificação da equipe de enfermagem também foi relacionada ao bom desenvolvimento do cuidado e ao melhor relacionamento interpessoal, como observado na fala abaixo.

> [...] Hoje, aqui, estou um pouco melhor, o tipo de funcionário é bem diferente, é uma equipe melhor [...] é mais competente e sabe o que é ou não para fazer. Então esse lado, mais agressivo, mais grosseiro, aqui eu não preciso impor tanto (Jasmim).

Ademais a qualificação da equipe de enfermagem se reflete na manutenção de cuidados prestados pela enfermeira como, por exemplo, na manutenção do cateter PICC, em que as auxiliares não apenas tomam as precauções apropriadas como também orientam as mães e os outros profissionais sobre a adequada manipulação do recém-nascido com PICC.

A enfermeira só conseguirá atingir o objetivo final do seu trabalho, seu motivo para, se tiver uma equipe preparada, que trabalhe em sincronia e que tenha reciprocidade de intenções com ela, em relação ao cuidado do recém-nascido e sua família. Dessa forma, terá a garantia da continuidade dos cuidados prestados por ela, como observado na fala a seguir.

> [...] A gente fica muito no pé, se o PICC está com uma fixação boa, orientar as mães quando for pegar o bebê [...], mas as meninas já têm um cuidado enorme até quando a criança sai para fazer exame, elas orientam o pessoal da ambulância para não perder o cateter [...] elas já sabem da importância desse cateter (Ana).

Os frutos do trabalho em equipe de forma sincronizada e das relações interpessoais positivas contribuem para satisfação da enfermeira com seu trabalho na UTI neonatal, pois podem desenvolver-se profissionalmente e prestar um cuidado de qualidade ao recém-nascido e à sua família.

O relacionamento interpessoal, o convívio e o trabalho em equipe são essenciais para impulsionar a motivação da enfermeira, promover sua atualização, participação em grupos de estudos e promoção de um cuidado de qualidade que terá sua continuidade garantida por toda a equipe da UTI neonatal.

A relação profissional de enfermagem/recém-nascido insuficiente foi várias vezes relacionada com a diminuição da qualidade dos cuidados prestados na UTI neonatal; quando estão em mais enfermeiras na unidade, elas conseguem dividir as atividades e estar mais disponíveis para o cuidado ao recém-nascido.

> [...] quando tem um número muito menor de funcionários, fica um pouco mais complicado e a diferença na qualidade da assistência é grande (Jasmim).

Quando a enfermeira está sobrecarregada com tarefas administrativas, ela delega a maioria dos cuidados diretos ao recém-nascido para o auxiliar e técnicos de enfermagem, realizando apenas os procedimentos mais complexos, intervindo nas intercorrências pontuadas pelos auxiliares.

Em outra UTI neonatal de um hospital de referência, Kamada e Rocha (2006) também observaram que o número de enfermeiras é reduzido, e as atividades são bastante complexas, conseqüentemente, a falta de tempo é considerada um empecilho para a realização de uma assistência mais humanizada.

Algumas enfermeiras do hospital público queixaram-se da falta de equipamentos e de materiais, o que reflete na qualidade do cuidado prestado ao recém-nascido:

> [...] Os equipamentos disponíveis [...] são bons, só que a quantidade é insuficiente para atender à demanda, quando quebra, demora o conserto, demora a reposição, eu acho que poderia melhorar isso (Isis).

Ademais, essas enfermeiras percebem que a falta de habilidade para alguns procedimentos específicos em neonatologia interfere no cuidado ao recém-nascido. No entanto, relatam que, muitas vezes, o local de trabalho não possibilita a elas manterem-se atualizadas. Observamos que a realização de cursos durante o horário de trabalho é uma forma de incentivar o aprimoramento e possibilitar aos profissionais acesso à atualização constante.

Os resultados de outro estudo, também, documentaram que as enfermeiras que trabalham em unidade neonatal sentem necessidade de terem especialização e atualização constantes por meio de cursos, literatura e congressos. A humanização, a promoção do aleitamento materno e a educação permanente do pessoal são alguns aspectos que elas consideram importantes a serem buscados. Mas, para isso, precisam do apoio da chefia, por meio de flexibilização nas escalas de trabalho e promoção de cursos pelo hospital (Kamada e Rocha, 2006).

A dependência do trabalho dos outros profissionais da equipe profissional é outro fator que interfere no trabalho da enfermeira na UTI neonatal. Todos os cuidados ao recém-nascido e a sua família na UTI neonatal são realizados em equipe, ou seja, os profissionais dependem do cuidado planejado, avaliado ou prestado pelos outros. A seguir, observamos a interdependência do trabalho da equipe na administração de medicação que foi salientada na fala das enfermeiras.

> [...] as prescrições médicas do dia são liberadas num horário muito tarde, às vezes meio- dia, meio-dia e meia. É um horário complicado, porque é a passagem de plantão [...] não dá tempo de mudarmos tudo [...], nós ainda precisamos colocar os horários e encaminhar para a PEC (onde preparam a medicação-doses unitária para cada paciente), então se a gente demora para colocar o horário, demora também para vir a medicação e aí demora para a criança receber também (Isis).

Schütz, ao discorrer sobre o mundo das relações sociais, estabelece duas teses que se complementam; reciprocidade de motivos e reciprocidade de intenções. Há reciprocidade de motivos quanto um ator social, ao se dirigir a outra pessoa, espera provocar uma certa ação nela, dentro de uma compreensão mútua. Assim, o motivo para de uma pessoa se torna o motivo porque dos atos da outra. Já a reciprocidade de intenções se estabelece quando as pessoas envolvidas numa dada situação raciocinam como se estivessem no lugar da outra, vivenciando a situação comum da perspectiva da outra pessoa e vice-versa (Wagner, 1979).

Uma equipe que trabalha de forma sincronizada, onde há valorização do trabalho de todos os profissionais, cada um poderá perceber a necessidade de fazer seu

trabalho de forma a se integrar ao trabalho do outro. O cuidado só será concluído quando todos da equipe fizerem sua parte, e o recém-nascido e sua família tiverem suas necessidades satisfeitas. Formar essa consciência de trabalho em equipe é uma forma de cada um interferir de forma positiva no trabalho do outro, diminuindo a fragmentação do cuidado entre as diversas profissões.

O apoio da instituição, com o fornecimento adequado de materiais para o cuidado e atividades de educação permanente como cursos, treinamentos regulares e grupos de estudo, foi apontando como fundamental para desenvolver um cuidado de qualidade.

Importante destacar que as enfermeiras do hospital privado referem participar de treinamentos mensais, em contrapartida, as enfermeiras do hospital público realizam treinamentos esporádicos, sendo que muitas vezes não receberam treinamento inicial. As enfermeiras que recebem treinamentos regularmente afirmam ser muito importante estar em treinamento e atualização constantemente.

As enfermeiras relataram que o excesso de barulho na UTI neonatal é uma grande barreira para o cuidado voltado para o desenvolvimento do recém-nascido. Esse tipo de cuidado visa a manter um ambiente adequado, com redução dos estímulos agressivos como luminosidade, barulho, excesso de manipulação do recém-nascido. É um cuidado contínuo que depende da participação de todos os profissionais, dos pais e de outras pessoas que circulam na UTI neonatal.

O estímulo sonoro está constantemente presente nas UTIs neonatais, podendo tanto gerar estresse no recém-nascido quanto provocar danos em sua audição. Tais estímulos são gerados pelos aparelhos, pela manipulação e muitas vezes por conversas entre a equipe de saúde. Ademais, na maioria das unidades neonatais não há rotinas específicas para o manuseio das incubadoras e nem sempre os profissionais estão atentos à manipulação adequada (Rodarte et al., 2005).

Estudo realizado, com enfermeiras que trabalham em UTI neonatal, mostrou que essas profissionais preocupam-se com os estressores ambientais presentes na UTI neonatal e suas repercussões no recém-nascido. O barulho e o excesso de luminosidade foram apontados como fatores estressantes presentes nas UTIs neonatais em que trabalham. Cabe a essas profissionais identificar as respostas dos recém-nascidos ao estresse, como alterações no sono e repouso, fadiga, agitação, irritabilidade e choro, que podem desencadear alterações físicas e emocionais (Rolim e Cardoso, 2006a).

Outro fator interveniente no trabalho da enfermeira é a presença constante dos pais na UTI neonatal. As enfermeiras afirmam que a presença dos pais é importante para a formação do vínculo e para o aleitamento materno, no entanto, quando estão

com muito trabalho, sentem-se estressadas com a presença dos pais.

> [...] Os pais ficam direto aqui na UTI, o que é uma coisa boa, mas também é um pouco complicado, quando você está muito corrido, isso também gera um pouco de estresse, porque tem que parar e às vezes vai atrasar alguma coisa, e não vai ficar tão legal para a criança [...] (Jasmim).

Conz (2008), ao entrevistar enfermeiras de UTI neonatal, observou que há ambigüidade entre o valor que atribuem à presença constante dos pais e a repercussão em seu trabalho. Reconhecem a importância da presença e participação dos pais no cuidado aos recém-nascidos, tanto para sua melhora clínica quanto para formação de vínculo e constituição da família. No entanto, sentem-se vigiadas e têm dificuldade de se relacionar com eles por não terem sido preparadas para essa relação. Ademais, observam que a planta física é inadequada e que, muitas vezes, suas ações são voltadas apenas para os recém-nascidos.

Apesar de todas as dificuldades vivenciadas e dos fatores que interferem em sua atuação, as enfermeiras referem satisfação com seu trabalho. Sentem satisfação quando, com o seu cuidado, contribuem para a melhora do recém-nascido e quando são valorizadas e reconhecidas por sua atuação.

Wagner (1979), ao refletir sobre os estudos de Alfred Schütz, afirma que um evento que ocorre foi esperado se o que acontece corresponde, na sua tipicidade, às tipificidades à mão em nosso estoque de conhecimento na ocasião de seu planejamento.

Dessa forma, observamos que a enfermeira sente-se satisfeita com o seu trabalho na medida em que os resultados de suas ações na UTI neonatal correspondem ao esperado, ou seja, ao que ela planejou em algum momento em sua formação ou trajetória profissional. Assim, a melhora do recém-nascido reflete na satisfação do cuidado prestado direta ou indiretamente (planejamento do cuidado e gerenciamento da unidade) pela enfermeira na UTI neonatal, como relata a enfermeira Sofia.

> [...] é muito gratificante, poder mudar o quadro do bebezinho, saber que está proporcionando o melhor que pode a ele. [...] isso é que é importante para mim, fico satisfeita [...]. Aqui não tenho muitas questões burocráticas para resolver, então acaba sobrando bastante tempo para o cuidado direto, aqui eu tenho o prazer de assumir uma criança na íntegra (Sofia).

Estudo realizado por Gamboa (1997) demonstrou que no cuidado ao recém-nascido, na UTI neonatal, a enfermeira congrega a necessidade do paciente ao gosto

pelo cuidar. Ela satisfaz suas expectativas e se sente importante quando reconhece e atua de forma a suprir as necessidades expressas pelos recém-nascidos.

No presente estudo, as enfermeiras ressaltam que conseguem prestar um cuidado adequado e se sentirem satisfeitas com seu trabalho, se o número de funcionário estiver adequado à demanda de recém-nascido da unidade. Quando se sentem mais tranqüilas, conseguem orientar melhor os pais e perceber mais suas necessidades e as dos recém-nascidos.

> [...] nos demais dias, como hoje mesmo ("a UTI não está tão cheia"), eu já fico mais tranqüila [...] É gratificante trabalhar aqui.. (Estela).

Relacionam o cuidar, na UTI neonatal, não apenas com os procedimentos técnicos, mas estão atentas também ao conforto do recém-nascido e a um cuidado individualizado e ao cuidado à família, o que traz satisfação para elas também. Algumas enfermeiras sempre se envolvem no cuidado direto ao recém-nascido e expressam satisfação profissional com essa atividade.

> Então eu me vejo bem importante [...]. Além de superar a minha necessidade, ao mesmo tempo consigo ver as melhoras nas crianças [...].mas também, a gente se coloca no lugar da criança e da família [...] (Luiza).).

EEstar satisfeita com seu trabalho proporciona melhor qualidade de vida para enfermeira, pois como observam alguns autores, insatisfação com o trabalho está relacionada com aumento dos níveis de estresse, repercutindo na saúde, com manifestações físicas e de enfrentamento do estresse (Cavalheiro, Moura Junior e Lopes, 2008).

Por outro lado, as enfermeiras referem **insatisfação com o trabalho**, quando há falta de apoio da equipe, quando sentem que não são valorizadas por seu trabalho na UTI neonatal. Nessa situação, elas percebem as relações de trabalho de forma negativa, o que levará ao desgaste dessas relações e delas mesmas enquanto profissionais.

> [...] você [...] trabalha com a maior responsabilidade [...] melhor maneira possível, e de repente, você vê que os outros não te enxergam, não valorizam seu trabalho. Já agüentei muita coisa. [...] (Lucy).

Gamboa (1997) observou que quando o trabalho em equipe é falho e não há sincronia com os demais profissionais, a enfermeira percebe que isso interfere em seu trabalho, levando-a, muitas vezes, a perder o interesse pela unidade.

De acordo com Schütz e Luckmann (2003), as modificações que determinam nossas relações com os outros e nossas experiências com eles são fatores essenciais para a constituição dos diversos domínios do mundo social, um dos quais se caracteriza pela experiência imediata que temos dos outros. Nesse domínio, os seres humanos são nossos semelhantes, compartilham conosco o mesmo espaço e tempo, e o mundo que nos rodeia é o mesmo, assim, nossos processos de consciência são elementos desse mundo para eles, assim, como seus processos de consciência são elementos de consciência para nós.

As enfermeiras sentem que há falta de humanização na convivência entre a equipe de trabalho e dificuldade de relacionamento entre as próprias enfermeiras e entre a equipe de enfermagem, referem que a enfermagem é uma classe desunida. Observam que os médicos cobram muito de seu trabalho, ao mesmo tempo em que se sentem sobrecarregadas pelo trabalho administrativo e pela falta de funcionários e que nem sempre a chefia de enfermagem sabe da sua rotina ou pode resolver essas questões.

A falta de autonomia em relação aos médicos e a barreira imposta entre os médicos e a equipe de enfermagem também foram citadas pelas enfermeiras como fatores de **insatisfação com seu trabalho** e associadas à dificuldade de relacionamento e às decisões em equipe.

> [...] temos alguns problemas com os médicos, em relação à autonomia até que a gente consegue ter um bom espaço aqui dentro para discutir as coisas, mas às vezes não, e isso acaba dando uma certa insatisfação [...]. Tem médicos que são mais acessíveis, outros não [...] (Amanda).

Acreditamos que a qualificação e atualização constantes do enfermeiro, a definição de papéis de cada profissional da equipe de enfermagem, a valorização do cuidado direto prestado pelo enfermeiro e a prática de assistência da enfermagem, baseadas em evidências científicas, possibilitam ao enfermeiro ter maior autonomia e ter reconhecimento pelo seu trabalho.

Lima e Almeida (1999) também observaram que nas relações de trabalho vivenciadas entre a equipe de saúde, as enfermeiras, com freqüência, relatam problemas advindos da pouca autonomia que têm no desempenho do trabalho e na tomada de decisões, atribuindo-os à indefinição de papéis da enfermeira e à submissão ao médico pelo poder hegemônico que este detém na equipe de saúde.

As autoras anteriormente citadas ressaltam que no trabalho coletivo, embora cada agente realize uma parcela das atividades necessárias para atender o paciente, existe uma interdependência entre os profissionais, de tal forma que um trabalho não se realiza sem a complementaridade do outro, tendo sempre a mesma finalidade.

A dificuldade de relacionamento foi associada também à falta de continuidade ao cuidado de enfermagem ao recém-nascido. Ademais, as enfermeiras do hospital público queixaram-se da falta de: padronização nos procedimentos, treinamentos adequados e de compromisso da equipe com equipamentos usados na UTI neonatal.

> [...] se eu cuidar direito vou ter qualquer equipamento por muito tempo, mas as pessoas não tomam muito cuidado com os equipamentos, manipulam sem compromisso, equipamentos quebrados, sujos. É muito difícil colocar uma rotina aqui, ou mesmo angariar pessoas para isso, mesmo com a nossa liderança, é muito difícil mesmo. A questão é que são outros focos de interesses, diferentes do foco assistencial, de levar o cuidado (Sofia).

A forma com que o profissional de saúde percebe as necessidades de cuidado do recém-nascido e de sua família é determinada por sua **situação biográfica** no momento do cuidado. Assim, o cuidado oferecido por cada enfermeira depende de sua vivência, percepção, do grau de proximidade que estabelece com o recém-nascido e sua família e, ainda, se há ou não reciprocidade de intenções com eles.

A implantação de protocolos pode constituir-se em um direcionamento para o cuidado e permitir o estabelecimento de um cuidado contínuo que independe da subjetividade e das intenções dos profissionais. No entanto, é preciso que essas profissionais tenham motivação para seguir tais protocolos e estar atentas às necessidades individuais de cada recém-nascido e de sua família e sejam capazes de dar significado ao cuidado realizado.

Dessa forma, observamos que muitas vezes não há, na equipe de trabalho, **reciprocidade de intenções** em relação ao cuidado ao recém-nascido e a sua família; nem todos os profissionais conseguem atentar-se para suas necessidades de cuidado. A falta de envolvimento da equipe no cuidado acaba interferindo negativamente nas relações profissionais na UTI neonatal, pois leva a um conflito de interesses em que as enfermeiras que têm como foco o cuidado, se vêem desmotivadas para tomar medidas para mudança de atitude da equipe.

> [...] a gente vai levando para não entrar em crise, se não, não conseguimos trabalhar, tem que ter um jogo de cintura (Amanda).

Na **categoria expectativas**, as enfermeiras discorrem sobre os objetivos, projetos a serem alcançados com seu trabalho e apontam mudanças para melhorar o cuidado ao recém-nascido e a sua família na UTI neonatal.

Projetar e desenvolver o projeto fundamenta-se no estoque de conhecimento à mão, com sua estrutura particular, no momento em que está projetando a ação (Wagner, 1979). De acordo com sua **bagagem de conhecimento**, a enfermeira pode projetar suas expectativas quanto ao cuidado prestado ao recém-nascido e a sua família; elaborar **projetos** para a melhora no cuidado em UTI neonatal e para o desenvolvimento do seu trabalho.

Ao cuidar do recém-nascido, a enfermeira almeja sempre oferecer um cuidado de qualidade, compreendendo suas necessidades. Assim, ela busca mantê-lo estável, organizado, minimizar o sofrimento, a dor e as seqüelas advindas da internação e que tenha alta da UTI neonatal. Para isso, ela estabelece uma interação com o recém-nascido, em que, através da observação atenta das manifestações e movimentos corporais do recém-nascido, ela consegue interpretar suas necessidades.

Analogamente ao observador social, a enfermeira se engaja na interpretação de suas próprias percepções, a fim de compreender o que está ocorrendo com o recém-nascido, ela apela para sua experiência passada (Wagner, 1979).

De acordo com Rolim e Cardoso (2006b), durante o cuidado o recém-nascido se comporta como sujeito ativo e receptivo, percebendo e interagindo com o seu cuidador. Assim, o cuidado a ser realizado na UTI neonatal necessita ser vivenciado em sua totalidade, na tentativa de reduzir manuseios excessivos que possam comprometer o bem-estar do recém-nascido, provocando nele manifestações de estresse, dor, alterações fisiológicas e comportamentais.

Compreender o recém-nascido, avaliar e adequar os procedimentos de cuidado, observar suas respostas comportamentais e fisiológicas ao manuseio é um dos passos do cuidado humanizado. A enfermeira deve observar os sinais emitidos por ele como choro, mímicas de desagrado, mudanças de coloração da pele; planejar e executar ações de consolo, promovendo segurança, favorecendo a organização motora e sensorial, visando a diminuir danos à sua recuperação (Rolim e Cardoso, 2006b).

OO cuidado com a dor no recém-nascido, por meio de aplicação de escalas, e as medidas para alívio da dor foram enfatizados como um importante cuidado de enfermagem e que exige atenção da enfermeira na orientação da equipe de enfermagem.

[...] valorizo muito e procuro sempre proporcionar conforto para o recém-nascido

> porque ele sente muita dor [...]. Quero sempre dar uma assistência de qualidade [...] Quero proporcionar o melhor para ele, conforto, evitar que ele sofra, o RN é muito delicado, a gente tem que prestar um cuidado muito delicado (Elis).

Nesse sentido, Marter e Pryor (2005) afirmam que é preciso identificar prontamente os sinais de dor e desconforto em neonatos, utilizando-se escalas de dor específicas para o período neonatal e adotar medidas farmacológicas e não farmacológicas para tratar e prevenir a dor. Dentre as medidas não farmacológicas utilizadas para prevenir ou tratar a dor, destacam-se: agrupar as intervenções dolorosas antes de um evento agradável, envolvê-lo durante o procedimento, estimular sucção não nutritiva, reduzir o barulho, tocar, oferecer contato pele a pele e deitá-lo sobre o "ninho" na incubadora ou berço.

A fim de garantir um cuidado de qualidade, as enfermeiras atentam-se para o rigor técnico e para o cumprir o cuidado no horário estabelecido. No entanto, preocupam-se também com aspectos emocionais do recém-nascido e de sua família e com o vínculo afetivo entre eles, de forma que o recém-nascido possa estar inserido no meio familiar no momento da alta.

Conz (2008), em pesquisa de base fenomenológica com enfermeiras que atuam em UTI neonatal, apreendeu que essas profissionais reconhecem ser o "elo de aproximação" entre pais e recém-nascido, e que, em trabalho conjunto com a instituição, facilitam a formação do vínculo afetivo entre eles. Assim, elas trabalham de forma que os pais aceitem, possam conviver e tornarem-se aptos para o cuidado do filho internado após a alta hospitalar.

As enfermeiras relatam como projeto para a melhoria do cuidado em UTI neonatal a educação permanente, na modalidade de cursos e atualização para equipe de enfermagem, além da diminuição do trabalho administrativo, o que a ajudaria a disponibilizar mais tempo para o cuidado ao recém-nascido. No entanto, muitas vezes as enfermeiras sentem que não têm apoio para desenvolver essas atividades, como observamos na fala a seguir.

> [...] Eu gostaria de poder dar mais aulas para as meninas (auxiliares de enfermagem), [...] fazer uma análise crítica de cada caso [...] fazer o grupo do PICC, trazer essas idéias dos protocolos. Mas para fazer tudo isso, preciso vir durante o dia, estar junto com a Educação Continuada, e isso eu não consigo, já trabalho em dois empregos [...] Se tivessem mais pessoas que angariasse para fazer tudo isso [...] (Sofia).

Rolim e Cardoso (2006a) também identificaram a necessidade de educação e sensibilização para o cuidado ao recém-nascido de risco, ao entrevistar enfermeiras que

atuam em UTI neonatal. Observaram que as enfermeiras precisam ter a dimensão da importância referente à agilidade para realizar procedimentos e reter um conhecimento técnico-científico para um cuidado adequado. A humanização no cuidado ao recém-nascido e sua família e a humanização nas relações sociais entre a equipe de trabalho foram um dos temas sugeridos pelas enfermeiras para ser abordado pela educação permanente.

> [...] humanização [...] é um processo que temos que ir trabalhando para as pessoas incorporarem, abraçarem e acreditar que a humanização é uma coisa realmente boa, é um processo que requer muito tempo (Sofia).

Kamada e Rocha (2006) relatam que, segundo enfermeiras que atuam em UTI neonatal, a humanização do cuidado, como preconizado na literatura tem sido pouco trabalhada, no entanto, consideram o contato físico com o recém-nascido e o calor humano essenciais para o seu desenvolvimento.

No estudo realizado por Rolim e Cardoso (2006a) mencionado anteriormente, as autoras complementam que, além de identificar as necessidades físicas dos recém-nascidos, as enfermeiras precisam ser motivadas para prestar um cuidado visando ao bem-estar do recém-nascido, percebendo também suas necessidades emocionais, prestando um cuidado humanizado, estabelecendo envolvimento, flexibilidade e singularidade para olhar cada situação.

Ademais, segundo os pais dos recém-nascidos, os profissionais da UTI neonatal não se mostram disponíveis para auxiliá-los na promoção do vínculo com seu filho, estimulando o contato físico como toque ou pegá-lo no colo (Kamada, 2002). Assim, não devemos apenas falar sobre humanização, é preciso ensinar, dar exemplos, conscientizar e motivar os profissionais a mudar sua forma de compreender o cuidado.

Nesse sentido, Conz (2008), em seu estudo, mostra que as enfermeiras que atuam em UTI neonatal apontam para a necessidade de um cuidado mais humanizado, que se torna possível quando há aprimoramento profissional e preparo específico, uma vez que elas se consideram despreparadas para o contato com os pais. A promoção de um trabalho mais humanizado resulta no reconhecimento e confiança dos pais, além de favorecer a formação do vínculo afetivo entre eles.

Capítulo 8

Considerações finais

Agora, depois de respondidas as nossas inquietações e desvelada a essência do fenômeno "a vivência da enfermeira na UTI neonatal", nos reportamos ao título do estudo "A atuação da enfermeira na UTI neonatal: entre o ideal, o real e o possível".

Por meio dos depoimentos das enfermeiras, apreendemos o real e o possível vivenciados por elas. Compreendemos que, em sua atuação na UTI neonatal, as enfermeiras desenvolvem ações de gerenciamento da unidade e assistência de enfermagem, prestando alguns cuidados diretos ao recém-nascido em situações específicas ou nos cuidados de alta complexidade e atendendo às necessidades das famílias dos recém-nascidos.

Embora todas as enfermeiras realizem, de alguma forma, cuidados diretos aos recém-nascidos, poucas o percebem como sendo de sua responsabilidade. Assim, verbalizam que se sentem auxiliando e ajudando a equipe, quando prestam cuidados diretos.

Apesar de conviver com vários fatores intervenientes em seu trabalho, algumas enfermeiras sentem-se satisfeitas com sua atuação, especialmente quando observam a melhora do recém-nascido. Outras referem insatisfação com seu trabalho, principalmente no relacionamento com a equipe de trabalho, sentem-se desvalorizadas e sem autonomia para tomar decisões em relação aos cuidados aos recém-nascidos.

Finalizando os depoimentos, as enfermeiras discorrem sobre as expectativas e visualizam possibilidades de mudanças quanto ao seu trabalho e ao cuidado na UTI neo|-natal. Percebem que a participação em cursos e atividades de educação permanente as tornam mais aptas e seguras para prestar o cuidado direto e para supervisionar a equipe.

Observam que, quando os recursos humanos da equipe de enfermagem estão em quantidade suficiente, podem gerenciar melhor suas atividades. Nesse aspecto,

algumas enfermeiras referem poder dedicar cuidado direto ao recém-nascido, e outras se centram na supervisão do trabalho da equipe de enfermagem e prestam cuidados diretos ao recém-nascido em momentos pontuais, ou seja, fica a critério da enfermeira decidir se irá ou não prestar cuidados diretos, com exceção dos cuidados privativos da enfermeira.

Relatam que o excesso de trabalho administrativo e a falta de recursos humanos de enfermagem interferem em sua atuação na UTI neonatal e na qualidade do cuidado prestado aos recém-nascidos e a seus pais. Mencionam que a redução do trabalho administrativo torna-as mais disponíveis para as atividades assistenciais.

Sentem necessidade de padronização nos cuidados realizados na UTI neonatal, tanto em relação aos procedimentos técnicos quanto à humanização do cuidado e à presença dos pais na UTI. Ademais, as enfermeiras que trabalham no hospital público relatam a necessidade de adequação da quantidade e da qualidade dos equipamentos e recursos materiais para garantir os cuidados necessários aos recém-nascidos.

Frente a esses resultados, nos sentimos seguras para colocar nossas expectativas (motivos para) sobre o ideal no que diz respeito à atuação da enfermeira na UTI neonatal. Primeiramente, percebemos que é preciso adequar a quantidade e a qualidade dos recursos humanos de enfermagem, o que possibilita que a enfermeira gerencie melhor o cuidado de enfermagem aos recém-nascidos e a sua família. Assim, ela pode alocar os técnicos de enfermagem conforme a gravidade do recém-nascido e dispor de tempo para assumir os cuidados integrais a recém-nascidos em estado mais grave, dedicar cuidados aos pais e realizar outros cuidados que julgar necessário.

Porém, é preciso um trabalho contínuo para ressignificar as práticas de cuidados das enfermeiras, sem o qual, não terá sentido o aumento do número de profissionais nas UTIs neonatais.

A falta de sistematização, quanto aos cuidados diretos prestados pela enfermeira ao recém-nascido, aponta para a necessidade de rever alguns conceitos e valores quanto aos cuidados de enfermagem na UTI neonatal. Torna-se urgente sensibilizar os enfermeiros quanto à necessidade de os cuidados diretos aos recém-nascidos em estado grave serem prestados por eles, o que está garantido na Lei do exercício profissional da enfermagem. Sugerimos que essa abordagem seja feita desde os primeiros anos nos cursos de graduação, reenfatizada nos cursos de especialização e nas atividades de educação permanente, pois tanto quanto enfermeiros preparados para a gerência e atividades administrativas, precisamos formar enfermeiros aptos a prestar cuidados diretos de qualidade aos recém-nascidos e a seus pais.

Ademais, a padronização dos cuidados por meio de protocolos, somados à educação permanente e à qualificação para manejo dos recursos tecnológicos, são fatores que possibilitam aos profissionais prestar um cuidado de boa qualidade técnica. No entanto, é preciso que a equipe esteja sempre atenta às necessidades individuais de cada recém-nascido e de sua família e sejam capazes de dar significado ao cuidado realizado, pois o cuidado técnico isoladamente não promove desenvolvimento do recém-nascido integralmente, nem garante a formação do apego entre pais e filho.

Apesar de não ser objeto central deste estudo, observamos que a presença constante dos pais na UTI neonatal exige que os profissionais estejam preparados não somente para identificar suas necessidades e oferecer um cuidado holístico, mas também para lidar com esse novo contexto de trabalho e com novas relações sociais que envolvem a presença da família na UTI neonatal.

O cuidado à família e as relações com os familiares devem ser um tema presente nos cursos de graduação e de especialização. Além disso, alguns profissionais da equipe podem apresentar maiores dificuldades para lidar com questões que envolvam a família do recém-nascido. Assim, a participação em grupos de estudos sobre o tema e o atendimento psicoterapêutico individual ou em grupo podem auxiliar a equipe a interagir positivamente com a família do recém-nascido.

Já a promoção do cuidado voltado para o desenvolvimento do recém-nascido, como, por exemplo, a redução dos estímulos agressivos e manipulação adequada, requer aprendizagem das técnicas apropriadas e, principalmente, mudanças de atitudes, postura e valores. Para isso, a conscientização da importância e dos resultados positivos que podem ser atingidos com esse tipo de cuidado precisa ser continuamente enfatizada. Proporcionar momentos de reflexão com a equipe, para que cada um possa identificar os motivos porque e os motivos para de seu cuidado ao recém-nascido, possibilita uma releitura de suas práticas, facilitando a adesão aos novos modelos de cuidado propostos.

Da mesma forma que a humanização no cuidado ao recém-nascido e a sua família requer aprendizado por parte dos profissionais, a humanização nas relações profissionais também precisa ser aprendida. A instituição de trabalho deve proporcionar um ambiente de respeito mútuo entre os profissionais da equipe, em que cada um reconheça o valor do outro, respeite e dê continuidade ao seu trabalho. Para isso, a equipe deve planejar o cuidado em conjunto, identificar as metas para o cuidado e identificar os pontos em que há reciprocidade de intenções.

Outra questão que necessita de maiores reflexões é a autonomia profissional do

enfermeiro. É preciso repensar o papel desempenhado por cada profissional, a autonomia e o espaço ocupado por cada um na UTI neonatal.

A prática da enfermagem baseada em evidências científicas, a divulgação de pesquisas relacionadas ao cuidado de enfermagem e a capacidade de sistematizar a assistência, de supervisionar o trabalho da equipe e de priorizar e prestar o cuidado direto ao recém-nascido demonstram a aptidão do enfermeiro para desempenhar seu trabalho com qualidade, buscando prestar um cuidado de excelência, capaz de satisfazer as necessidades dos recém-nascidos e seus pais na UTI neonatal.

A abordagem da Fenomenologia Social utilizada neste estudo possibilitou compreender o contexto motivacional da enfermeira e identificar suas expectativas em relação a sua atuação na UTI neonatal. Ademais, essa abordagem teórico-filosófica possibilitou crescimento quanto ao entendimento das motivações humanas e das relações sociais que serão importantes em todos os aspectos e momentos, especialmente nas relações com a equipe de trabalho e no cuidado direto ao recém-nascido e a sua família na UTI neonatal.

Com este trabalho, desvelamos uma parte do fenômeno "a vivência da enfermeira na UTI neonatal", no entanto, observamos que outras perspectivas são necessárias para sua melhor compreenssão. Estudos com abordagem compreensiva, na perspectiva de cada membro da equipe de trabalho e dos dirigentes das instituições de saúde sobre esse fenômeno, podem desvelar outros pontos que, depois de compreendidos, poderão indicar novos modelos de cuidado e de atuação da enfermeira na UTI neonatal.

Por meio dos depoimentos das enfermeiras apreendi o **real** e o **possível** vivenciado por elas. Compreendi que, em sua atuação na UTI neonatal, as enfermeiras desenvolvem ações de gerenciamento da unidade e assistência de enfermagem, prestando alguns cuidados diretos ao recém-nascido em situações específicas ou nos cuidados de alta complexidade e atendendo as necessidades das famílias dos recém-nascidos.

Embora todas as enfermeiras realizem, de alguma forma, cuidados diretos aos recém-nascidos, poucas o percebem como sendo de sua responsabilidade. Assim, verbalizam sentirem-se auxiliando, ajudando a equipe quando prestam cuidados diretos.

Apesar de conviver com vários fatores interveniente em seu trabalho, algumas enfermeiras sentem-se satisfeitas com sua atuação, especialmente quando observam a melhora do recém-nascido. Outras referem insatisfação com seu trabalho, princi-

palmente no relacionamento com a equipe de trabalho, sentem-se desvalorizadas e sem autonomia para tomar decisões em relação aos cuidados aos recém-nascidos.

Finalizando os depoimentos, as enfermeiras discorrem sobre as expectativas e visualizam possibilidades de mudanças quanto ao seu trabalho e o cuidado na UTI neonatal. Percebem que, a participação em cursos e atividades de educação permanente tornam-as mais aptas e seguras para prestar o cuidado direto e para supervisionar a equipe.

Observam que, quando os recursos humanos da equipe de enfermagem estão em quantidade suficiente, podem gerenciar melhor suas atividades. Nesse aspecto, algumas enfermeiras referem poder dedicar cuidado direto ao recém-nascido, e outras centram-se na supervisão do trabalho da equipe de enfermagem e prestam cuidados diretos ao recém-nascido em momentos pontuais, ou seja, fica a critério da enfermeira decidir se irá ou não prestar cuidados diretos, com exceção dos cuidados privativos da enfermeira.

Relatam que o excesso de trabalho administrativo e a falta de recursos humanos de enfermagem interferem em sua atuação na UTI neonatal e na qualidade do cuidado prestado aos recém-nascidos e a seus pais. Mencionam que a redução do trabalho administrativo torna-as mais disponíveis para as atividades assistenciais.

Sentem necessidade de padronização nos cuidados realizados na UTI neonatal, tanto em relação aos procedimentos técnicos quanto a humanização do cuidado e a presença dos pais na UTI. Ademais, as enfermeiras que trabalham no hospital público, relatam a necessidade de adequação da quantidade e da qualidade dos equipamentos e recursos materiais para a garantir os cuidados necessários aos recém-nascidos.

Frente a esses resultados, sinto-me segura para colocar minhas expectativas (**motivos para**) sobre o **ideal** no que diz respeito para a atuação da enfermeira na UTI neonatal. Primeiramente, percebo que é preciso adequar a quantidade e a qualidade dos recursos humanos de enfermagem, o que possibilita que a enfermeira gerencie melhor o cuidado de enfermagem aos recém-nascido e sua família. Assim, ela pode alocar os técnicos de enfermagem conforme a gravidade do recém-nascido e dispor de tempo para assumir os cuidados integrais a recém-nascidos em estado mais grave, dedicar cuidados aos pais e realizar outros cuidados que julgar necessário.

Porém, é preciso um trabalho contínuo para re-significar as práticas de cuidados das enfermeiras, sem o qual, não terá sentido o aumento do número de profissionais nas UTIs neonatais.

A falta de sistematização quanto aos cuidados diretos prestados pela enfermeira ao recém-nascido, aponta para a necessidade de rever alguns conceitos e valores quanto aos cuidados de enfermagem na UTI neonatal. Torna-se urgente sensibilizar os enfermeiros quanto a necessidade dos cuidados diretos aos recém-nascidos em estado grave serem prestados por eles, o que está garantido na Lei do exercício profissional da enfermagem. Sugiro que essa abordagem seja feita desde os primeiros anos nos curso de graduação, reenfatizada nos cursos de especialização e nas atividades de educação permanente pois, tanto quanto enfermeiros preparados para a gerência e atividades administrativas, precisamos formar enfermeiros aptos a prestar cuidados diretos de qualidade aos recém-nascidos e seus pais.

Ademais, a padronização dos cuidados por meio de protocolos, somados à educação permanente e a qualificação para manejo dos recursos tecnológicos, são fatores que possibilitam aos profissionais prestar um cuidado de boa qualidade técnica. No entanto, é preciso que a equipe esteja sempre atenta às necessidades individuais de cada recém-nascido e de sua família e sejam capazes de dar significado ao cuidado realizado, pois o cuidado técnico isoladamente não promove desenvolvimento do recém-nascido integralmente, nem garante a formação do apego entre pais e filho.

Apesar de não ser objeto central desse estudo, observei que a presença constante dos pais na UTI neonatal exige que os profissionais estejam preparados não somente para identificar suas necessidades e oferecer um cuidado holístico, mas também para lidar com esse novo contexo de trabalho e com novas relações sociais que envolvem a presença da família na UTI neonatal.

O cuidado à família e as relações com os familiares deve ser um tema presente nos cursos de graduação e de especialização. Além disso, alguns profissio-nais da equipe podem apresentar maiores dificuldades para lidar com questões que envolvam a família do recém-nascido. Assim, a participação em grupos de estudos sobre o tema e atendimento psicoterapêutico individual ou em grupo pode auxiliar a equipe a interagir positivamente com a família do recém-nascido.

Já a promoção do cuidado voltado para o desenvolvimento do recém-nascido, como, por exemplo, a redução dos estímulos agressivos e manipulação adequada, requer aprendizagem das técnicas apropriadas e principalmente, mudanças de atitudes, postura e valores. Para isso, a conscientização da importância e dos resultados po-sitivos que podem ser atingidos com esse tipo de cuidado, precisa ser continuamente enfatizada. Proporcionar momentos de reflexão com a equipe, para que cada um possa identificar os **motivos porque** e os **motivos para** de seu cuidado ao

recém-nascido, possibilita uma releitura de suas práticas, facilitando a adesão aos novos modelos de cuidado propostos.

Da mesma forma que a humanização no cuidado ao recém-nascido e sua família requerem aprendizado por parte dos profissionais, a humanização nas relações profissionais também precisa ser aprendida. A instituição de trabalho deve proporcionar um ambiente de respeito mútuo entre os profissionais da equipe, em que cada um reconheça o valor do outro, respeite e dê continuidade ao seu trabalho. Para isso, a equipe deve planejar o cuidado em conjunto, identificar as metas para o cuidado e identificar os pontos em que há reciprocidade de intenções.

Outra questão, que necessita de maiores reflexões é a autonomia profissional do enfermeiro. É preciso repensar o papel desempenhado por cada profissional, a autonomia e o espaço ocupado por cada um na UTI neonatal.

A prática da enfermagem baseada em evidências científicas, a divulgação de pesquisas relacionadas ao cuidado de enfermagem e a capacidade de sistematizar a assistência, de supervisionar o trabalho da equipe e de priorizar e prestar o cuidado direto ao recém-nascido, demonstram a aptidão do enfermeiro para desempenhar seu trabalho com qualidade, buscando prestar um cuidado de excelência capaz de satisfazer as necessidades dos recém-nascidos e seus pais na UTI neonatal.

A abordagem da Fenomenologia Social utilizada nesse estudo possibilitou compreender o contexto motivacional da enfermeira e identificar suas expectativas em relação a sua atuação na UTI neonatal. Ademais, essa abordagem teórico-filosófica possibilitou meu crescimento quanto ao entendimento da motivações humanas e das relações sociais que serão importantes em todos os aspectos e momentos de minha vida, especialmente nas relações com a equipe de trabalho e no cuidado direto ao recém-nascido e sua família na UTI neonatal.

Com esse trabalho, desvelei uma parte do fenômeno "a vivência da enfermeira na UTI neonatal", no entanto, observo que outras perspectivas são necessárias para sua melhor compreenssão. Estudos com abordagem compreensiva, na perspectiva de cada membro da equipe de trabalho e dos dirigentes das instituições de saúde sobre esse fenômeno, podem desvelar outros pontos e que, após compreendidos, poderão indicar novos modelos de cuidado e de atuação da enfermeira na UTI neonatal.

Referências Bibliográficas

[1] Aita M, Snider L. The art of developmental care in the NICU: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing. 2003; 41(3): 223–232.

[2] Alton M, Mericle J, Brandon D. One Intensive Care Nursery's Experience with Enhancing Patient Safety. Adv Neonatal Care. 2006; 6 (3):112-19.

[3] Barbosa AP. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. J. Pediatr. (Rio J.) [periódico na Internet]. 2004 Dec [citado 2007 Set 17];80(6):437-438. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000800002&lng=en&nrm=iso.doi:10.1590/S0021-75572004000800002

[4] Barreira SMC, Machado MFAS. Amamentação: compreendendo a influência do familiar. Acta Scientiarum Heart Sciences. 2004; 26 (1): 11-20.

[5] Brasil Lei nº 7.498, de 25.06.86, Regulamentação do Exercício da Enfermagem, publicada no Diário Oficial da União de 26.06.86 Seção I - fls. 9.273 a 9.275.

[6] Brito MJM, Gazzinelli MFC, Melo MCOL. Os estágios identitários da enfermeira-gerente: uma abordagem piagetiana. Texto contexto - enferm. [periódico na Internet]. 2006 Jun [citado 2008 Set 17] ; 15(2): 212-221. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200004&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0104-07072006000200004

[7] Bochembuzio L, Gaidzinski RR. Instrumento para classificação de recém-nascidos de acordo com o grau de dependência de cuidados de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2005; 18(4): 382-9

[8] Boff L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra Petrópolis (RJ): Vozes, 1999.

[9] Butler C, Galvin K. Parents' perceptions of staff competency in a neonatal intensive care unit. Journal of Clinical Nursing 2003; 12: 752–61.

[10] Carvalhieri SC. O louco na percepção do aluno e egresso do curso de graduação em enfermagem: uma abordagem da fenomenologia social. [tese] Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2002.

[11] Camargo PP. Procedimento de inserção, manutenção e remoção do cateter central de inserção periférica em neonatos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2007.

[12] Carvalho GM. Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2006.

[13] Cavalheiro AM, Moura Junior DF, Lopes AC. Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2008 Fev [citado 2008 Jul 17]; 16(1): 29-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000100005&lng=en&nrm=iso. doi:10.1590/S0104-11692008000100005

[14] Conz CA. A vivência da enfermeira no cuidado ao recém-nascido e aos seus pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma abordagem da fenomenologia social [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2008.

[15] Cruz DALM. Processo de Enfermagem e classificações. In: Diagnóstico de Enfermagem na prática clínica, Gaidzinski, RR, et al. Editores. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 25-37.

[16] Fernandes JD, Guimarães, Araújo FA, Reis LS, Gusmão MC, Trabuco MQB, Santana N, Silva RMO. Construção do conhecimento de enfermagem em unidade de tratamento intensivo: contribuição de um curso de especialização. Acta Paul. Enf. 2004; 17 (3): 325-32.

[17] Ferreira L, Viera CS. A influência do método mãe-canguru na recuperação do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão de literatura. Acta Scientiarum. Health Sciences. 2003; 25 (1): 41-50.

[18] Fustinoni SM. As necessidades da parturiente: uma perspectiva compreensiva da ação social [tese] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2000.

[19] Gamboa NG. Cuidar para enfermeiros de UTI neonatal: descrição das categorias significantes [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1997.

[20] Hendricks-Munoz KD, Prendergast CC. Barries to provision of developmental care in the neonatal intensive care unit: neonatal nursing perception. American Journal of Perinatology. 2007, 24 (2): 71-77.

[21] Jones L, Woodhouse D, Rowe J. Effective nurse parent communication: A study of parents' perceptions in the NICU environment. Patient Education and Counseling. 2007; 69: 206–12.

[22] Kamada I. Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Riberirão Preto, Universidade de São Paulo, 2002.

[23] Kamada I, Rocha SMM. As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTIN. Rev. Esc. Enferm. USP [periódico na Internet]. 2006 Set [citado 2008 Jul 25] ; 40(3): 404-411. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000300013&lng=pt&nrm=iso.doi:10.1590/S0080-62342006000300013.

[24] Kamada I, Rocha SMM, Barbeira CBS. Internações em unidade de terapia intensiva neonatal no Brasil - 1998-2001. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2003 Ago [cittado 2007 Set 17]; 11(4): 436-443. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400005&lng=en&nrm=iso.doi:10.1590/S0104-11692003000400005

[25] Larguía M. Prioridades para el gobierno de la ciudad de Buenos Aires en la asistencia neonatológica. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2000; 120 (3): 127-32.

[26] Lima MADS, Gustavo AS, Coelho DF, Schmitz UV, Rosa RB. Concepções de enfermeiras sobre seu trabalho no modelo clínico de atenção à saúde. Rev. Bras. Enferm. 2001; 53 (3): 343-54.

[27] Lima MADS, Almeida MCP. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. Rev. Gaúcha Enferm. 1999; 20 (esp): 86-101.

[28] Lansky S, França E, Leal MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. Rev. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2002 Dez [citado 2007 Set. 17];36(6):759-772. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000700017&lng=en&nrm=iso.doi:10.1590/S0034-89102002000700017

[29] Marter LJM, Pryor CC. Tratamento da dor e do estresse na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. In: Cloherty JP, Eichenwald EC, Stark AR, Manual de Neonatologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005.

[30] Martins J, Bicudo MAV. Pesquisa Qualitativa em Psicologia: Fundamentos e Recursos Básicos. 1ed. São Paulo (SP) Editora Moraes, 1989.

[31] Matheus MCC, Fustinoni SM. editores. Pesquisa Qualitativa em Enfermagem. São Paulo (SP): Livraria Medica Paulista; 2006.

[32] Merighi MAB. Enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: caracterização e trajetória profissional [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.

[33] Merighi MAB, Trajetória profissional das enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: um enfoque da fenomenologia social. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2002; 10 (5): 644-53.

[34] Merighi MAB. Fenomenologia, In: Merighi MAB; Praça NS, editores. Abordagens teórico-metodologicas qualitativas: a vivencia da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 2003 p.31-38.

[35] Minayo MAS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde. 8 ed. Sao Paulo (SP): Hucitec; 2004.

[36] Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Normas de atenção humanizada do RN de baixo-peso (Método Mãe-Canguru). Brasília, 1999.

[37] Popim RC. O cuidador na ação de cuidar na enfermagem oncologia: uma perspectiva orientada sob o enfoque de Alfred Schütz (Tese) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2001.

[38] Parga Nina L. Estudo das informações não estruradas do Endef e sua integração com os dados quantificados. Rio de Janeiro, PUC, 1978. /mimeografado/.

[39] Pettengill Myriam Aparecida Mandetta, Angelo Margareth. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2005 Dez [citado 2008 Nov 15] ; 13(6): 982-988. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600010&lng=en. doi: 10.1590/S0104-11692005000600010

[40] Praça NS, Merghi MAB. Pesquisa Qualitativa em Enfermagem. In: Merighi MAB; Praça NS, editores. Abordagens teórico-metodologicas qualitativas: a vivencia da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 2003 p.1-3.

[41] Rodarte MO, Scochi CGS, Leite AM, Fujinaga CI, Zamberlan NE, Castral TC. O ruído gerado durante a manipulação das incubadoras: implicações para o cuidado de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2005 Fev [citado 2007 Set 16] ; 13(1): 79-85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100013&lng=en&nrm=iso.doi: 10.1590/S0104-11692005000100013

[42] Rolim KMC, Cardoso MVLML (a). O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2006 Fev. [citado 2008 Ago 16] ; 14(1): 85-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100012&lng=en&nrm=iso.doi:10.1590/S0104-11692006000100012

[43] Rolim KMC, Cardoso MVLML (b). A interação enfermeira-recém-nascido durante a prática de aspiracão orotraqueal e coleta de sangue. Rev. esc. enferm. USP [periódico na Internet]. 2006 Dec [citado 2007 Set 17]; 40(4): 515-523. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400010&lng=en&nrm=iso.doi:10.1590/S0080-62342006000400010

[44] Sales CA, Vrecchi MR, Mikuni PK, Ferreira EA, Andrade VCC, Godoy AV, et al.Vivenciando a facticidade em dar existência a filho prematuro: compreensão dos sentimentos expressos pelas mães. Acta Scientiarum Health Science. 2005; 27 (1): 19-23.

[45] Schütz A. Fenomenologia del mundo social. Buenos Aires (AR): Paidos; 1972.

[46] Schütz A. El problema de la realidade social. Buenos Aires (AR): Amorrortu Editores, 1974

[47] Schütz A. Luckmann T. Las estruturas del mundo de la vida. Buenos Aires (AR): Amorrortu Editores, 2003.

[48] Schütz A. Estudios sobre teoria social. Escritos II Buenos Aires (AR): Amorrortu Editores, 2003.

[49] Silva LWS, Francioni FF, Sena ELS, Carraro TE, Randünz V. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. Rev. bras. enferm. [periódico na Internet]. 2005 Aug [citado 2007 Sep 16] ; 58(4): 471-475. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000400018&lng=en&nrm=iso.doi:10.1590/S0034-71672005000400018

[50] Spagnol CA. (Re) pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10(1):119-127.

[51] Viera CS, Rossi LA. Os diagnósticos de enfermagem da taxonomia da NANDA em mulheres com o filho prematuro hospitalizado e o sistema conceitual de King. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2000 Dez [citado 2008 Jan 16] ; 8(6): 110-116. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000600016&lng=en&nrm=iso.doi:10.1590/S0104-11692000000600016

[52] Wagner HR.[organizador]. Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schütz. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.

[53] Westrup B. Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) Family-centered developmentally supportive care. Early Human Development. 2007; 83: 443–49.

Apêndice Entrevistas

1. **Ana** é enfermeira pediátrica, trabalha há cinco anos na UTI neonatal que possui seis leitos, em um Hospital Amigo da Criança e que não implementa o método mãe canguru. Trabalha no turno da tarde, considera que a unidade conta com equipamentos de qualidade e quantidade suficientes, refere que não há protocolos de cuidados e que recebeu treinamento inicial.

Fale-me do seu dia-a-dia na UTI neonatal. O que você faz?

Eu chego, recebo plantão, faço uma avaliação geral, qual a sala que está mais pesada para fazer a distribuição dos auxiliares de enfermagem e também dos enfermeiros, se houver mais de um enfermeiro na unidade, para a gente conseguir trabalhar nas nossas seis horas de plantão. Depois a gente faz outras atividades, tem toda a administração da unidade, tem controle de material, ver se está faltando coisa, a sistematização da assistência que a gente tem que fazer, ver se tem algum procedimento que o médico vai executar e que precise da nossa presença. A assistência, se houver a necessidade de assistência direta, vou dar prioridade para a assistência, deixando a parte administrativa para quanto tiver tempo, porque a prioridade é a assistência ao paciente.

Como você realiza o cuidado direto?

Cuidado direto é tudo que o recém-nascido necessita, desde controle de sinais vitais até a passagem de um PICC, ou então outro procedimento, anotação. O PICC é pertinente ao enfermeiro, passagem de sonda enteral e sonda vesical. Estamos num momento de transição, admissão de funcionário, então, se não houver essa necessidade, se tiver número de auxiliares suficiente, eles que vão dar assistência, e eu vou supervisionar. Se não houver funcionário suficiente, a gente vai cuidar, vai ficar no leito, dar prioridade para a assistência. Espero dar a assistência necessária para que melhore o quadro dele, que ele tenha alta, sem seqüelas, ou o menor número de seqüelas possível. Inúmeras vezes eu fico depois do meu horário, porque eu não consegui abrir a sistematização da assistência de enfermagem no meu horário, então,

acabou tudo, passei o plantão, eu sento e vou abrir a SAE. Para prestar o cuidado eu deixei a SAE de lado, alguma coisa da parte administrativa eu tenho que deixar, porque naquele momente não vou ter tempo para fazer, pois estarei prestando o cuidado. E como o SAE é pertinente só ao enfermeiro e não posso delegar a ninguém, tenho que esperar prestar o cuidado e depois fazer a SAE.

Além das atividades que você já desenvolve, há alguma outra atividade que gostaria de realizar aqui na UTI neonatal?

Não... é muito importante para mim, e eu fiz o curso, é a passagem de um PICC, acho muito bacana, imagina, um prematuro, ou um recém-nascido, se conseguir passar um cateter nele, e ele conseguir ficar a internação toda com aquele cateter, diminuir o número de punções, vai ter menos dor, menos sofrimento para ele, para mãe e até para a equipe que vai se estressar menos na hora que precisar de uma punção venosa. A gente fica muito no pé, se o PICC está com uma fixação boa, orientar as mães quando for pegar o bebê... mas as meninas já têm um cuidado enorme até quando a criança sai para fazer exame, elas orientam o pessoal da ambulância para não perder o cateter... elas já sabem da importância desse cateter.

2. **Clara** é enfermeira com pós-graduação em emergência, trabalha há um ano, no período da tarde, em uma UTI neonatal que conta com seis leitos, trabalha no período da tarde, sua função é enfermeira. Relata que o hospital em que trabalha é Hospital Amigo da Criança, não utiliza o método mãe canguru, pois o hospital não conta com maternidade, os equipamentos disponíveis são em quantidade suficiente, mas a qualidade não é satisfatória, pois demora para fazer a troca dos equipamentos com defeito. Observa que não recebeu treinamento quando entrou no hospital e que aprendeu as atividades desempenhadas pela enfermeira no dia-a-dia e que também não realizou nenhum curso de atualização. A UTI neonatal não conta com protocolos de cuidado, a forma de realizar o cuidado é passada de uma enfermeira para outra, para sempre fazer da mesma maneira..

Fale-me do seu dia-a-dia na UTI neonatal. O que você faz?

Tem dias que é estressante e outros que são tranqüilos, calmos. As meninas (auxiliares de enfermagem) trabalham muito bem, fazem a assistência, sabem bem o que é preciso fazer. Chego, pego o plantão, faço as escalas da melhor maneira possível, cuido do material, faço pedidos, ajudo nas punções, passagem de sondas,

de cateter, confiro todos os equipamentos se estão em bom funcionamento, reponho quando estão quebrados e ligo para a manutenção.

Como você realiza o cuidado direto ao recém-nascido?

A gente fica também com o paciente, somos enfermeiras assistenciais, então nós damos todos os cuidados para todas as crianças. Quando falta alguém (auxiliar de enfermagem), a gente assume o quarto todo, com três crianças. Então eu presto todos os cuidados às crianças, o banho, a troca, mudança de decúbito, rodízio do oxímetro, troca da incubadora, dou a mamadeira, ou então coloco na bomba de infusão quando recebe por sonda nasoenteral ou nasogástrica. Presto os cuidados quando tem um menor número de funcionários, aí a gente fica assistencial também, além de toda a parte administrativa fazemos a parte assistencial. O cuidado com a criança realizado pelo enfermeiro e pelo auxiliar é o mesmo, mas se tiver algum procedimento invasivo, aí elas (auxiliares de enfermagem) nos chamam, pois isso é da enfermeira, mas no geral os cuidados básicos são os mesmos. Esses procedimentos invasivos são: punção, passagem de sonda vesical, nasogástrica, nasoenteral, coleta de exame que precise fazer cateterismo. Os auxiliares ficam nos cuidados que são menos complexos, o banho, troca, a medicação, troca de incubadora. Já punção e curativo, eles (auxiliares de enfermagem) nos chamam e fazemos sempre com eles. Quando preciso prestar o cuidado, deixo de lado outras atividades, faço depois se tiver a parte administrativa e mais o cuidado, eu faço o cuidado, depois retomo as atividades administrativas. Porque o cuidado é o mais importante. Sempre consigo conciliar. Porque quero que o bebê melhore, que se desenvolva, que ele cresça, que se desenvolva, que seja uma pessoa feliz. .

Além das atividades que você já desenvolve, há alguma outra atividade que gostaria de realizar aqui na UTI neonatal?

Aqui é um lugar muito bom para trabalhar, posso desenvolver tudo o que quero, os trabalhos eu posso fazer aqui. A supervisão de enfermagem é muito boa, está sempre junto conosco, é bem tranqüilo. Estou satisfeita aqui, e olha que já trabalhei em vários lugares, e aqui é bem mais tranqüilo.

3. **Isis** é enfermeira com especialização em UTI neonatal e Pediátrica e Urgências e Emergências Pediátricas, trabalha em UTI neonatal há um ano, sendo que começou a trabalhar nesse hospital há dois meses. Sua função nesse hospital é enfermeira,

trabalha no turno da manhã. Ao descrever o hospital e a unidade neonatal, relata que a UTI neonatal conta com seis leitos, que é um Hospital Amigo da Criança, pois conta com brinquedoteca, serviço social, teatro; no entanto, os recém-nascidos não fazem uso exclusivo de leite materno. Além disso, o hospital utiliza o método mãe canguru dentro do possível (mães pegam as crianças no colo), pois a unidade não conta com espaço físico e cadeiras adequadas para as mães. Os equipamentos disponíveis são em quantidade insuficiente para atender à demanda, quando quebram demora o conserto e a reposição. Acrescenta que poderia melhorar esse aspecto. Isis afirma que recebeu treinamento inicial e que há protocolos na UTI neonatal.

Fale-me do seu dia-a-dia na UTI neonatal. O que você faz?

Bom, aqui na UTI somos em duas enfermeiras por plantão, sempre tem uma enfermeira na assistência, fica uma enfermeira no geral e uma na assistência, eu ainda estou me adaptando no esquema de trabalho daqui. Normalmente eu fico com as crianças mais graves, as que precisam de mais atenção. O número de auxiliares e de técnicos é bom, mais ou menos um auxilar para um recém-nascido, isso possibilita uma boa assistência e com qualidade. O meu dia-dia é assim: chego de manhã, pego o plantão e vejo onde estou escalada, apesar de ser o mesmo espaço físico, quem está na UTI pediátrica só atende lá e quem está na neo, só fica na neo, isso tanto para auxiliares, enfermeiras e equipe médica. A equipe é bem distinta. Desenvolvem cuidados, quando estou na assistência, orientação aos funcionários quando estou na assistência e também quando estou no geral. Não tem como não orientar, mesmo quando estou na assistência, pois as auxiliares vêm e perguntam. Quando estou no geral, resolvo os problemas administrativos, leitos, vagas, encaminhamento para exames, resultados dos exames, participo das decisões de alguns procedimentos para os pacientes.

Como você realiza o cuidado direto?

Quando estou na assistência, consigo prestar um cuidado bem melhor para o paciente, fico mais tempo com ele. Como tem muitos funcionários, consigo ficar com um paciente só, normalmente. Mas já aconteceu de eu precisar ficar com mais de um paciente. Mas o cuidado, dentro do que a gente pode é muito bom. Consigo assumir um paciente e ficar cuidando dele durante todo o plantão. Espero ver a melhora do quadro da criança, ou pelo menos, se não houver melhora do quadro, já que é uma UTI, que a criança pelo menos esteja estável. Se tiver alguma ocorrência, eu

espero prestar a assistência da melhor maneira possível durante essa intercorrência. Se eu assumir um paciente, geralmente assumo os pacientes mais graves, eu assumo integralmente, não só os procedimentos (punção venosa, passagem de sonda), eu faço tudo, dou o leite, dou banho, peso, faço os controles. Quando não estou na assistência, e estou na geral administrando o setor, além de fazer a parte administrativa e burocrática, ajudo os auxiliares em alguns procedimentos mais complexos, por exemplo, puncionar veia, ver algum problema com o dreno. Mas se eu assumir um paciente, tem outra enfermeira supervisionando os outros, sempre fica uma na assistência e a outra na geral e ela dá suporte geral a todos os outros. Mas se eu estou na assistência e se alguma auxiliar tem alguma dúvida, ela também acaba perguntando para mim, se eu puder e não estiver no isolamento eu ajudo fazendo ou orientando. Como aqui é um Hospital-Escola e temos muitos residentes, eu acho que uma das coisas que atrapalham muito para a nossa rotina é que as prescrições médicas do dia são liberadas num horário muito tarde, às vezes meio-dia, meio-dia e meia estão começando a sair as prescrições. É um horário complicado, porque é a passagem de plantão e aí eles querem que mude tudo ao meio-dia e meia, mas aí não dá tempo de mudarmos tudo, fica muito tumultuado. Já conversamos com a equipe médica sobre isso, mas ainda está muito complicado. De manhã eles (médicos) passam a visita, depois entram na sala de estudos e começam a discutir os casos, até eles chegarem numa conclusão tem uma certa demora, e isso é uma coisa que atrapalha muito a nossa rotina.Quando saem as prescrições médicas, nós ainda precisamos colocar os horários e encaminhar para a PEC (onde preparam a medicação-doses unitária para cada paciente), então se a gente demora para colocar o horário, demora também para vir a medicação e aí demora para a criança receber também. Então isso para a gente atrapalha muito. Os equipamentos disponíveis aqui são insuficientes em quantidade, são bons só que a quantidade é insuficiente para atender à demanda, quando quebra demora o conserto, demora a reposição, eu acho que poderia melhorar isso.

Além das atividades que você já desenvolve, há alguma outra atividade que gostaria de realizar aqui na UTI neonatal?

Eu acho que, como em todo lugar, tem algumas coisas que precisam ser melhoradas, tem algumas coisas que já funcionam bem. É difícil fazer uma conscientização e que isso dê certo. O que precisa é ter uma atuação maior da educação continuada, o que eu não vejo acontecer, pelo menos não no horário que eu estou aqui, de repente eles vêem em outros horários à tarde, à noite, mas de manhã eu nunca vi. Então eu

acho que isso precisa, acho que os funcionários além de recorrer à chefia imediata do setor, eles podem ter um apoio, mais cursos, treinamentos. No tempo que estou aqui, eu não vi nenhum curso voltado para os auxiliares ou para os enfermeiros, a não ser para quem está sendo admitido, precisa mais curso de reciclagem mesmo. E também eu não vi nenhuma programação, por exemplo, para a semana de enfermagem, não tem nenhuma divulgação de cursos. Então isso tem que melhorar. Quanto ao meu trabalho, acho que, se tivesse mais recursos materiais, eu desenvolveria melhor meu trabalho. Aqui temos uma falta de material, tanto de material de consumo quanto de equipamentos. Se melhorasse um pouco isso, acho que eu conseguiria desenvolver meu trabalho melhor ainda. Tem coisas que não depende só de sua criatividade, ou da sua experiência, tem alguns tipos de procedimentos que sua criatividade não ajuda, sabe não tem como criar um cateter central para colocar na criança. Então tem algumas coisas que precisam ser melhoradas nesse sentido, aí acho que a assistência seria melhor ainda. Em relação aos recursos humanos, acho que está bom, pois comigo entraram muitas pessoas aqui na neonatal, nos outros setores parece que não.

4. **Elis** é enfermeira, atualmente cursando especialização em Saúde Coletiva, trabalha há cinco anos nessa UTI neonatal que possui seis leitos. Segundo Elis, o hospital não é Hospital Amigo da Criança e não implementa o método mãe canguru. Trabalha no turno da tarde, considera que a unidade não conta com equipamentos em qualidade e quantidade suficientes, refere que há protocolos de cuidados e que não recebeu treinamento inicial, porém, realiza vários cursos (PICC, Aleitamento Materno, Uso de incubadoras, entre outros).

Fale-me do seu dia a dia da UTI. O que você faz e o que gostaria de fazer?

Eu sou apaixonada por neonatologia, é um cuidado muito diferenciado, que não se trabalha só com o RN, mas com a mãe também. Eu, como enfermeira, ainda mais trabalhando numa UTI diferenciada (a maioria dos pacientes são cirúrgicos), valorizo muito e procuro sempre proporcionar conforto para o RN, porque ele sente muita dor. Eu tento sempre tratar a dor, porque todos os nossos bebês são cirúrgicos. Procuro também trabalhar com a mãe, incentivo ela tocar seu bebê, mesmo ele estando entubado, ela deve estar presente. Importante também interagir, conversar com a equipe médica para decidir qual a melhor conduta para ser tomada com o RN, se isso vai ser melhor para ele. Quero sempre dar uma assistência de qualidade.

Como você realiza o cuidado direto?

Bom...eu tenho o curso, então eu passo PICC, presto cuidados desde banho, medicação, coleta de exames, preparar o paciente para o pré-operatório, recebê-lo do pós-operatório, orientar a mãe no aleitamento materno, passagem de sonda, punções, todos procedimentos invasivos. Essas são atividades que realizo em todos os plantões. Faço o SAE também todos os dias. O local muito barulhento interfere bastante nos cuidados ao RN, depois que ficou a UTI pediátrica com a UTI neonatal, piorou mais ainda. É muito barulho, não temos um ambiente adequado para o recém-nascido. E também há falta de material, às vezes não dá para prestar um cuidado melhor porque falta um material ou um aparelho que não está funcionando, somos muito carentes disso aqui, ainda mais por ser um hospital público.

Além das atividades que você já desenvolve, há alguma outra atividade que gostaria de realizar aqui na UTI neonatal?

Não, pois gosto muito de trabalhar aqui apesar de todas as nossas dificuldades eu me sinto muito feliz, principalmente quando uma criança chega aqui muito grave e sai muito bem, isso é muito gratificante. Ver a criança depois da alta, ver que ela está bem, quando a mãe vem trazer para a gente, é muito bom!! Ver que algo deu certo, porque é muito delicado, me sinto satisfeita por trabalhar aqui.

5. **Luiza** é enfermeira pediátrica, trabalha há dois meses na UTI neonatal que possui seis leitos, em um Hospital Amigo da Criança e que não implementa o método mãe canguru. Trabalha no turno da tarde, considera que a unidade conta com equipamentos em qualidade e quantidade suficientes, refere que há protocolos de cuidados e que recebeu treinamento inicial. Anteriormente Luiza trabalhou em UTI adulto, sendo a primeira experiência em UTI neonatal e mesmo em pediatria e neonatologia.

Fale me do seu dia-a-dia na UTI. O que você faz?

Chego 10 minutos antes, coloco o uniforme da UTI que é um avental por cima da nossa roupa, lavo as mãos para pegar o plantão com a equipe da manhã. Pego o plantão com todos os enfermeiros e auxiliares em cada leito, de cada paciente, informando as intercorrências do período e também alguma pendência que ficou (exame, avaliação). Depois disso faço a escala de serviço, distribuo os auxiliares, checo psicotrópicos, monitores, ver se há necessidade de troca, se precisa montar

algum leito para chegada de paciente. Depois fazemos os procedimentos, supervisionando e auxiliando os auxiliares de enfermagem. Depois checo a medicação, tem horário padronizado, faço a sistematização. Outras intercorrências que não consigo resolver peço orientação para outras enfermeiras ou para auxiliares. Eu não sou habilitada, mas tem enfermeiras habilitadas que passam PICC, nós (enfermeiras) somos responsáveis por todos os procedimentos invasivos como punções e sondagem, temos que conferir toda a escala de serviço, ver se os funcionários estão chegando de uniforme ou atrasado, limpeza do setor, quantidade de mantimentos (roupas, materiais) está adequada. Fazemos pedidos para farmácia, solicitamos gasoterapia e acompanhamos os médicos em outros procedimentos quando necessário, mas quando não precisa ser o enfermeiro, designamos um auxiliar para acompanhar o médico. A UTI chega a ser um pouco enfadonha, de vez em quando; não falo do trabalho, mas das necessidades das crianças, por que eu vejo as crianças tentando sobreviver, precisando de medicações que são facas de dois gumes, ajudam por um lado e atrapalham por outro. Às vezes algum procedimento que fazemos pode não ser o correto para a necessidade da criança. Então eu me vejo bem importante, porque além de superar a minha necessidade, ao mesmo tempo consigo ver as melhoras nas crianças, só que às vezes, as melhoras não são tão visíveis, dia após dia. Eu me sinto muito bem, ao mesmo tempo, um pouco tristonha, porque é uma realidade que a gente precisa estar lutando, mas também, a gente se coloca no lugar da criança e da família, e ficamos pensando o que vamos fazer.

Como que você realiza o cuidado direto ao recém-nascido?

Normalmente, fico ajudando o auxiliar, por exemplo, se tem uma auxiliar sozinha com três bebês aí a gente precisa arregaçar as mangas para ajudá-lo. Então, chego, verifico os sinais vitais, depois vejo se tem alguma medicação e, em seguida, sigo os cuidados normais, vejo se tem algum exame pendente, dou banho (o banho aqui é dividido entre os plantões, para não sobrecarregar), auxilio os médicos em algum procedimento, vou atrás de alguma medicação que esteja faltando e solicito para a farmácia. Sempre fazemos o cuidado direto, mas às vezes, tem muitos auxiliares, então, auxilio mais na medicação, porque são vários tipos de medicação diluída, com bureta ou então auxilio no banho se é um paciente mais delicado, ou então um paciente com várias punções, então a gente coloca a mão sim (risos). Hoje mesmo estou cuidando de dois bebês. E quando não sei alguma coisa, eu pergunto, mesmo para os auxiliares, somos uma equipe, e como eu não tenho tanta destreza, tanta experiência,

mas tem outras da equipe que tem... então hoje estou com os dois bebês... mas...não estou tendo tantas intercorrências. Quando cuido de um recém-nascido, sempre espero que o prognóstico dele melhore, que melhore não só a ponto de ele sair da UTI, mas que ele possa ir para casa e voltar para o convívio com a família, o convívio social. Tem crianças que nasceram e que ficaram aqui, então não têm aquela relação casa, e isso é muito importante. A presença da família também é muito importante, e para isso a assistente social faz um papel muito bom, verificando se a criança tem parentes ou se não. Então é muito bom quando tem o convívio com a família e a superação de todas as necessidades, é muito gratificante. Às vezes não se chega ao ponto que se desejava, mas eu acredito em Deus e vou levando.

Além das atividades que você já desenvolve, há alguma outra atividade que gostaria de realizar aqui na UTI neonatal?

Essa rotina é nova para mim, tem pouco tempo que trabalho com criança, tenho mais experiência com adulto em UTI. Para mim está sendo muito bom trabalhar aqui. E também a UTI é um grande centro nervoso, são várias patologias... mas não tenho nenhuma grande dificuldade... só prestar atenção e monitorização continuamente. No meu caso eu preciso ter mais habilitação, tanto que uma colega que é habilitada para passar o PICC, está me passando o conteúdo teórico. Então eu preciso de atualização, é muito importante para mim. Eu preciso estar mais apta para acompanhar as modificações no mercado, porque a cada minuto tem um cateter diferente, um modo de fazer assepsia, um novo padrão de cuidado. E na medida do possível, porque às vezes o local de trabalho não dá a liberdade de se aperfeiçoar. Outras atividades não chegam a interferir. Na UTI, nós ficamos em duas, então dá para dividir bastante, enquanto uma está nas intercorrências, no cuidado, a outra está atendendo as outras partes (resolvendo outras pendências, ligar para plantonistas, pedir avaliação). Nesse meio tempo a gente tem que virar duas, dando atenção a todos, porque todos merecem, atendendo a todas as necessidades, porque estamos aqui para ajudar.

6. **Amanda** é enfermeira neonatal, trabalha em UTI neonatal há três anos, sendo dois anos no hospital atual. Sua função na unidade é enfermeira, trabalha no turno da tarde. Amanda observa que o hospital não é considerado Hospital Amigo da Criança, pois a população atendida realiza em grande parte parto cesárea e nem sempre amamenta. No entanto, visam a todos os conceitos do Hospital Amigo da

Criança, como não oferecer bicos e mamadeiras e incentivo do aleitamento materno. O hospital utiliza o método mãe canguru, apesar de não existir uma unidade específica, realizam o método dentro da UTI neonatal, sendo que a mãe pode ficar 24 horas dentro da unidade. A UTI conta com quatro leitos, os equipamentos da unidade são suficientes em quantidade e qualidade para atender à demanda dos recém-nascidos, sendo que a UTI possui equipamento altamente especializado, especialmente para monitorização cardíaca dos bebês que fazem cirurgia cardíaca. Amanda relata que recebeu treinamento inicial muito bom, durante 15 dias fez uma revisão ampla sobre procedimentos e filosofia da instituição, após recebeu treinamento durante três meses de uma enfermeira "agente multiplicadora". Além desse treinamento, a instituição oferece treinamentos mensais tanto para os enfermeiros quanto para técnicos de enfermagem, todos os meses com uma temática diferente, sendo essa temática muitas vezes sugerida pelos próprios profissionais. "Eu acho isso muito importante, estar em treinamento contínuo."

Fale-me do seu dia a dia na UTI neonatal. O que você faz?

É bem corrido, estamos com um quadro de funcionários bem justo, e com a demanda bem grande também. Então eu me concentro tanto nos cuidados ao paciente quanto no gerenciamento de enfermagem, trabalho com a sistematização de enfermagem, diagnósticos, prescrições. Aqui trabalhamos de uma forma muito fidedigna com o diagnóstico de enfermagem, bem detalhada. Faço também alguns trabalhos dentro da instituição, acabei de ajudar na autoria de um capítulo de um livro, que está em revisão para ser publicado. E também participo do grupo de diagnósticos de enfermagem.

Como você realiza o cuidado direto ao recém-nascido?

Tem os cuidados que são privativos do enfermeiro, como, por exemplo, a instalação da nutrição parenteral. Mas depende também do quadro de funcionários, se estou com um quadro de funcionários pertinente eu consigo gerenciar de uma forma melhor, com mais tempo. Tenho mais tempo para fazer outras atividades, como, por exemplo, discussões em grupo com a equipe. Mas quando está muito justo, tenho que assumir o paciente integralmente, assumindo todos os cuidados. Isso já aconteceu várias vezes, eu ter que dividir com minhas técnicas os pacientes, além de ter que fazer as atividades específicas da enfermeira. Tudo depende do quadro de funcionários. Pode ter dias que eu tenha que dar assistência direta para o paciente e

de forma integral, mas tem dias que eu só auxilio os técnicos de enfermagem. Os pacientes em pós-operatório cardíaco chegam muito graves, então sempre o enfermeiro fica prestando assistência junto com dois técnicos, pois é um bebê com um grau de complexidade muito grande, muito complicado, então aí eu priorizo. Priorizo, então, os pacientes cardíacos e os paciente mais graves. Uma coisa que acho importante falar é que insiro bastante a família no cuidado, cuido da criança e cuido da família, não dá para ver a criança sem a família, sempre vejo a criança com a família do lado. Isso é gratificante, mas demanda tempo também, estar ali com a família, estar cuidando dela também, os pais ficam com os bebês o tempo que eles quiserem. Eu espero que ele melhore e que fique bem, não somente na clínica, na rigorosidade das técnicas, a gente calcula todos os medicamentos que eles recebem, mas também uma assistência psicológica, social, mental, aí então entra muito a família, o contato desde o começo com a família é muito essencial. Não quero que ele vá para casa somente bem, não só bem da saúde física, quero que ele vá bem, mas inserido num contexto familiar, estabelecendo um vínculo familiar. Então o que eu quero é isso, que ele saia bem, mas em todo um contexto, isso a gente trabalha sempre, apesar de não ser psicóloga a gente mesmo vai trabalhando. Eu tenho que me planejar, se vou prestar assistência direta, então eu divido os pacientes com as meninas, pego no máximo um ou dois pacientes para mim e me planejo para prestar assistência de qualidade e desempenhar as outras atividades que preciso. Quando eu assumo, assumo integralmente, desde trocar a fralda até passar um PICC. Os outros pacientes são as técnicas que assumem e elas sempre têm meu respaldo para dúvidas, e sempre estou gerenciando, vendo tudo o que está acontecendo, e também faço algum outro procedimento específico do enfermeiro, mais complexo. O melhor jeito é quando as técnicas assumem todos os pacientes, e eu fico gerenciando e entrando nos momentos mais críticos, nas dúvidas. Às vezes eu estou com um determinado bebê, e elas me chamam, então aí eu paro, sento junto com elas para ver o que está acontecendo.

Além das atividades que você já desenvolve, há alguma outra atividade que gostaria de realizar aqui na UTI neonatal?

Em todos os lugares tem problemas, aqui temos alguns problemas com os médicos, em relação à autonomia até que a gente consegue ter um bom espaço aqui dentro para discutir as coisas, mas às vezes não, e isso acaba dando uma certa insatisfação, mas a gente vai levando. Tem médicos que são mais acessíveis, outros não, então a gente vai levando para também não entrar em sofrimento. Acho complicado resolver

essa situação, tem médicos que trabalham há 20, 25 anos aqui, aí eles acha que têm o poder, talvez uma reunião pudesse ajudar, mas até já foram feitas, é uma questão política, não é tão simples assim de resolver com uma reunião. Então a gente vai levando para não entrar em crise, senão não conseguimos trabalhar, tem que ter um jogo de cintura.

7. **Lucy** fez pós-graduação em Neonatologia, trabalha há 11 anos em UTI neonatal, sendo quatro anos nesse mesmo hospital. Trabalha como enfermeira assistencial no período noturno, em um hospital que não tem o título de Hospital Amigo da Criança, emprega o método mãe canguru de forma diferenciada, a mãe fica pouco tempo com a criança na posição canguru. A UTI neonatal conta com quatro leitos, mas eventualmente acabam sendo internados um maior número de recém-nascidos. Segundo Lucy, a UTI tem materiais e equipamentos "de ponta" em quantidade e qualidade suficientes. Recebeu treinamento inicial teórico-prático com todas as normas, rotinas do hospital e da unidade neonatal em específico. Além disso, recebe treinamentos e capacitações de forma regular no horário de trabalho. A UTI neonatal conta com protocolos para todos os cuidados realizados que foram elaborados pelas enfermeiras do setor, após discussões e concordância de todas as enfermeiras

Fale-me do seu dia-a-dia na UTI neonatal. O que você faz?

Aqui, temos um número reduzido de auxiliares de enfermagem, então, trabalho com a parte administrativa e também na assistencial. De todos os plantões eu sou a única enfermeira que trabalha sozinha aqui na UTI, nos outros plantões sempre trabalham duas enfermeiras. Então eu acabo dividindo as atividades com as meninas (auxiliares de enfermagem), quando tem algum paciente mais grave eu acabo assumindo com as meninas e tenho que fazer toda a parte administrativa, SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem), evolução, então eu faço de tudo um pouco. Na verdade, se está muito cheio eu acabo assumindo, mas quando eu vejo que as meninas (auxiliares de enfermagem) dão conta, eu não assumo integral, eu mais ajudo do que assumo, porque eu também tenho que fazer a minha parte. O que acaba acontecendo é que, se internar uma criança, eu preciso passar para alguém assumir, para atender a outra criança que está chegando. Nos três anos que estou aqui, trabalhando à noite, eu sempre trabalhei assim; eu ajudo as meninas, mas se eu tiver que sair tem alguém junto comigo que assumiu integral. Então, se eu tiver que fazer alguma outra coisa, vai ter alguém que vai assumir e continuar fazendo

o serviço. Mas, a responsabilidade é dela, eu ajudo, mas o paciente é dela. Se eu estou ali assumindo o paciente com ela (auxiliar de enfermagem), eu faço banho, faço troca, medicação. Se estou assumindo com alguém, passo a medicação para ela fazer, porque tem horários para medicação, e se , naquele horário, eu estiver com outro paciente, ela fará a medicação. Mas se eu estiver ali, disponível eu faço. Eu acabo fazendo assim, porque tenho medo de assumir integral e ter que me ausentar, cuidar de outro bebê, e acabar se perdendo o cuidado com aquela criança. Ou então elas (auxilares de enfermagem) precisam se dividir ali (UTI) e tem pacientes lá fora (alojamento conjunto). Então, se tem um ou dois pacientes no alojamento conjunto, eu assumo o alojamento conjunto, mas também ajudo as meninas aqui dentro. As mães, lá fora, solicitam muito, então eu tenho um pouco de receio de assumir uma criança aqui e eu não consigo acompanhar o que acontece com as outras crianças e o que acontece aqui. Eu me divido assim, e tem dado certo. Quanto aos cuidados específicos dos enfermeiros, quando tem curativos, eu que faço, passagem de sonda vesical, outras coisas, as meninas (auxiliares de enfermagem) fazem tudo.

Como você realiza o cuidado direto ao recém-nascido?

Quando é paciente grave, eu assumo junto com elas, por exemplo, quando temos pacientes de cirurgia cardíaca em pós-operatório, quando a criança ainda está instável, eu acabo assumindo com elas, porque é uma criança que requer mais atenção, às vezes tem três drenos, estão em diálise peritoneal, várias drogas, então eu assumo junto com elas. As outras auxiliares sabem que podem contar comigo, mas eu fico mais ali com o paciente grave. O que acaba atrapalhando mais no cuidado direto são os papéis, à noite a gente não tem tanta interferência externa. Quando tem duas enfermeiras na unidade é mais tranqüilo, porque quando ficávamos em duas à noite, ficava uma na UTI, e a outra na Semi e nos "normais", então quando eu ficava só na UTI a preocupação é só ali, eu me focava só naqueles pacientes. Eu não tenho a preocupação, por exemplo, que a mãe lá fora (no alojamento conjunto) não está conseguindo amamentar e aí acabo perdendo 30-40 minutos orientando o aleitamento materno. Ou então, temos três crianças aqui, e as três tomam mamadeira no mesmo horário, então vou ter que sair de lá para vir ajudar porque tem só uma funcionária e estão todos os bebês precisando mamar. Então, quando ficava com uma enfermeira junto comigo, conseguíamos dividir as tarefas e também se ajudar. Com as duas enfermeiras com quem eu trabalhei, tínhamos um entrosamento muito bom, sempre nos ajudávamos. Por exemplo, se tem uma intercorrência, e preciso

ficar atendendo junto com a auxiliar, tem uma enfermeira na retaguarda se precisar colher um exame, pedir alguma coisa (material, medicação). Então, eu acho mais tranqüilo. Quando estou sozinha, tenho que pensar em tudo, e tem coisas que só o enfermeiro pode fazer. Acho que quando estamos em duas enfermeiras é mais tranqüilo.

Além das atividades que você já desenvolve, há alguma outra atividade que gostaria de realizar aqui na UTI neonatal?

Eu gostaria de fazer um pouco menos a parte administrativa, tem muitos papéis que o enfermeiro tem que preencher. Acabo perdendo muito tempo com os papéis dos prontuários, coisas que nós, enfermeiros, temos que preencher, não que não sejam importantes, mas acabam tomando muito tempo, principalmente quando está cheio, quando temos pacientes graves. Acaba tomando um tempo que eu poderia estar atendendo uma criança, hoje está tranqüilo, mas tem dias que está corrido. Cada vez aparecem mais papéis para serem preenchidos, cada mês aparece um papel novo para a gente preencher, não tem muito o que fazer para mudar. Pelo que converso com as outras enfermeiras, é uma reclamação geral. Sempre tive muita paixão por neonatal, mais por UTI, mas, de um ano para cá tenho me desgostado um pouco, por fatores pessoais, profissionais, ambientais. Chega uma hora que você dedica tudo o que você tem pelo seu trabalho, trabalha com a maior responsabilidade, procura sempre ser o mais competente, tento sempre buscar a perfeição, trabalhar da melhor maneira possível, e de repente, você vê que os outros não te enxergam, não valorizam seu trabalho. Já agüentei muita coisa. Estou num momento da minha vida que comecei a pesar o que vale mais, ter uma qualidade de vida pessoal, ou se dedicar o máximo na vida profissional e não ter uma vida. Adoro o que faço, adoro trabalhar em neonatologia, mas estou colocando na balança, o que é melhor. Quando se é recém-formado ou está na faculdade, acabamos idealizando, mas depois de 12 anos que estou dentro do hospital fazendo o que eu gosto, trato cada criança como se fosse meu filho, mas...de repente.. vejo que tem muitas pessoas que não trabalham assim, pensam que é só mais um trabalho. Algumas pessoas estam interessadas só em te prejudicar, uma classe que não é unida, apesar do meu trabalho depender da colega da tarde, que dependo do pessoal da manhã, somos uma classe extremamente desunida. Acho isso muito triste!! Dei aula por um tempo e sempre ensinei para os meus alunos que uma vida não é um papel que amassamos, jogamos no lixo e se quisermos de volta é só desamassar. Não posso falar para o pai "amassou seu filho um pouquinho, vou desamassar e já te devolvo". Aprendi isso na faculdade e

tenho comigo há 12 anos, tem gente que acha que uma vida é um papel, e com isso, você vai se desgostando dessa vida. Isso não é só aqui, nesse hospital, já passei por outras instituições, isso é uma coisa geral, uma coisa nacional. Tanto se fala em humanização, pouco se faz, fica mais na teoria. Muito se fala de humanização de funcionário-cliente, pouco se fala de humanização entre colegas de trabalho, em humanização interdisciplinar, chega uma hora que a gente começa a pensar em outros rumos para a vida.

8. **Laura** fez especialização em UTI adulto e atualmente cursa especialização em Pediatria e Neonatologia, trabalha em UTI neonatal há seis anos, sendo quatro anos nesse mesmo hospital. Trabalha como enfermeira assistencial, no período noturno, em uma UTI neonatal com quatro leitos, em um Hospital que segundo ela, é Hospital Amigo da Criança, trabalha com o método mãe canguru. O hospital conta com materiais e equipamentos de qualidade em quantidade suficiente para garantir a assistência aos neonatos internados, além disso, o hospital conta com enfermeiros de supervisão 24 horas que oferecem apoio às equipes das unidades. A UTI neonatal conta com protocolos para todos os cuidados oferecidos aos recém-nascidos, que são atualizados freqüentemente. Laura recebeu treinamento inicial quando foi admitida na instituição e recebe treinamentos e capacitações mensais oferecidos pelo hospital. As capacitações são baseadas nos temas sugeridos pelos profissionais, baseadas em suas necessidades, e também pela Educação Continuada do hospital. Além disso, os profissionais, estão envolvidos na realização de eventos científicos promovidos pelo hospital e com grupos de estudos do hospital.

Fale-me do seu dia-a-dia na UTI neonatal. O que você faz e o que gostaria de fazer?

Bom, depende muito do dia, aqui temos picos de internação, na semana passada estava lotado, muitas crianças na UTI, aqui somos assistencial mesmo, assumimos os bebês, por exemplo, um PO (pós-operatório) de cirurgia cardíaca o enfermeiro assume, ou também quando é solicitado funcionário para ir para outra unidade, eu também preciso assumir alguma criança, depende muito de como vai ser o plantão e de quantos funcionários. Eu e a outra colega trabalhamos no plantão noturno, mas cobrimos também o outro plantão nas folgas da outra enfermeira e se precisar cobrimos técnicos de enfermagem também, por conta de sermos assistencial. Então às vezes ficamos sozinhas no plantão e outras vezes ficamos em dupla. A gente chega

na UTI, se dá para não assumir os bebês, não assumimos e se precisar assumimos. Fazemos também a Sistematização da Assistência completa aqui, fazemos o histórico, evolução, diagnóstico de enfermagem, prescrição e fazemos o acompanhamento, se tiver tranqüilo, adiantamos para o pessoal do dia, que a rotina é mais pesada. Temos também algumas atribuições que são nossas, dos enfermeiros, como sondagem gástrica, se não tivermos tempo, podemos passar para as meninas (técnicas de enfermagem), mas sondagem vesical somos nós que fazemos, curativos, coleta de examos também, somos nós que fazemos todos os procedimentos mais invasivos.

Como você realiza do cuidado direto ao recém-nascido?

Nem sempre eu assumo o cuidado direto, se a unidade está tranqüila eu prefiro que elas (técnicas de enfermagem) assumam, porque nós temos sempre outras atribuições, como, conversar com os pais, explicar algumas coisas, fazer a Sistematização, que aqui é feita bem detalhada, controlamos tudo, diurese por quilo por hora, porcentagem de perda de peso. Além disso, orientamos o aleitamento materno, passamos visita na maternidade, avaliamos a amamentação. Aqui tem uma coisa boa, pelo número pequeno de internações, conseguimos ficar até uma hora dentro de um quarto avaliando uma amamentação, conseguimos dar essas orientações de forma bem tranqüila, uma orientação completa. Se o bebê está muito grave, a gente até compartilha com a funcionária (técnica de enfermagem), e se a gente tem um número pequeno de funcionários e um número grande de crianças, a gente assume alguma criança. Agora, POI (pós-operatório imediato) de cirurgia cardíaca é da enfermeira mesmo, sempre assumimos com um técnico; nesse caso são muitos cuidados para fazer, coletas de muitos exames, instalação de drogas, tudo somos nós que fazemos, mas o técnico sempre dá um suporte para nós também. À noite temos escriturário até as 10 horas, então, temos que fazer o papel de escriturário depois, chamar RX, solicitar material, ligar para a farmácia e laboratório, então ficamos também no burocrático e elas (técnicas de enfermagem) ficam na assistência. Mas, já chegamos a assumir sozinhas crianças no pós-operatório, vai depender mesmo de como está. Eu gosto sempre de poder participar, não gosto de ficar só no papel, prestar o cuidado direto, mesmo se estiver tranqüilo, se eu puder dar um leite, eu vou dar, ou trocar uma fralda, acho que preciso participar. Só consigo conhecer a criança se eu prestar o cuidado direto, só consigo prescrever direito se conhecer a criança. É muito importante também para poder passar o plantão, é muito desagradável ficar o tempo todo perguntando para as técnicas o que foi que aconteceu, eu me sinto

muito mal com isso, tenho que conhecer os pacientes. Com isso, a gente afina nosso aguçamento se está ruim a criança, se ela vai piorar, acho que a gente só aprende no dia-a-dia, se ficar sentada atrás do computador só escrevendo, não tem como; temos que acompanhar. As meninas (técnicas) já sabem muito, a gente troca muito também, as funcionárias mais antigas estão no meu plantão, é uma relação muito gostosa; então sempre que dá eu participo.

Além das atividades que você já desenvolve, há alguma outra atividade que gostaria de realizar aqui na UTI neonatal?

Acho que falta um tempo para sentar com os funcionários para rever matérias, como lidar com equipamentos, a gente precisa estar sempre atualizando, porque chega na hora da correria, não lembra como liga um monitor, por exemplo, às vezes fica um mês sem mexer com PAM (pressão arterial média) e na hora que precisa utilizar, acaba esquecendo. Então acho que falta esse trabalho de poder estar relembrando e atualizando. Eu gosto muito de trabalhar aqui, já dispensei dois grandes hospitais por preferir ficar aqui, mesmo na crise em que se encontra, pela diminuição do número de leitos. Fico muito balançada quando um hospital me chama para fazer alguma prova. Mas aqui temos uma relação muito execelente com os médicos, a confiança que eles têm em nós é muito boa. Estou em um lugar que me oferece um suporte para poder dar uma qualidade de assistência muito boa, tenho tudo aqui dentro, tenho uma supervisão que me escuta, temos médicos que nos escutam, temos tudo o que precisamos para prestar assistência, desde o curativo mais caro que precisar. Temos também os grupos de estudo, grupos de risco de infecção para sondagem vesical, grupo de pele, grupo de dor, grupo diagnóstico de enfermagem. Então, está todo mundo estudando para que tudo funcione. Eu estou participando do grupo de diagnóstico de enfermagem. Trabalho só aqui, acredito que tenho que estar bem, descansada, para prestar uma assistência adequada. E estou muito satisfeita com o meu trabalho.

9. **Alice** é enfermeira neonatal, trabalha em UTI neonatal há nove anos, sendo oito anos nesse mesmo hospital. Trabalha no período da manhã em uma UTI neonatal que conta com quatro leitos, em um hospital que não é Hospital Amigo da Criança e que utiliza método mãe canguru. Alice comenta que o hospital segue alguns passos do método Hospital Amigo da Criança e que há um tempo tentaram implementar a iniciativa, porém não conseguiram implantar por conta da clientela da região, as

mães não aceitam fazer o alojamento conjunto por inteiro. Segundo Alice, a unidade dispõe de equipamentos em quantidade e qualidade suficientes. Ademais, ela recebeu treinamento inicial e também realiza cursos de atualização disponibilizados pela instituição periodicamente. A UTI neonatal conta com protocolos específicos para todos os cuidados realizados.

Fale-me do seu dia-a-dia na UTI neonatal. O que você faz e o que gostaria de fazer?

Sou desde enfermeira assistencial até enfermeira burocrática. No momento estamos passando por algumas mudanças, estamos sem enfermeiro encarregado, a minha colega enfermeira acabou de sair essa semana, então agora estou fazendo de tudo um pouco tanto gerência quanto cuidado. Como estamos sem encarregado, eu que preciso fazer toda a parte administrativa, escalas de funcionário, equipamentos que estão quebrados, ligar para o conserto, reuniões; algumas coisas eu acabo passando para supervisão de enfermagem, quando não consigo resolver. Faço também a Sistematização, coleta de exames. Às vezes não dá para assumir uma criança por completo, por conta dessa redução de funcionário. Antes eu conseguia assumir o paciente como um todo. Como viramos referência em cirurgia cardíaca, os pacientes de cirurgia cardíaca são sempre a enfermeira quem assume o cuidado direto à criança, e o técnico administrava as medicações.

Como realiza o cuidado direto ao recém-nascido?

As crianças mais graves, normalmente, somos nós (enfermeiras) quem cuidamos, prestamos assistência, assumo a criança integralmente, faço a Sistematização da Assistência de Enfermagem Não consigo realizar todos os procedimentos, alguns procedimentos acabo delegando para os técnicos, pelo número reduzido de funcionários. Então delego os procedimentos mais simples, uma troca de fralda, por exemplo, outros como sondagem vesical são atribuições da enfermeira. No momento, as outras atividades burocráticas que tenho que fazer acabam interferindo na assistência ao bebê. Eu tenho que assumir o berçário normal, a semi-intensiva e a UTI, então eu tenho que responder pelos três setores. Isso acaba interferindo no cuidado direto com o bebê. Então eu acabo tendo que delegar o cuidado para os auxiliares e tenho que assumir a unidade como um todo, não posso ficar com um só bebê. Se tem algum procedimento mais específico, coleta de exame eu preciso ir fazer. Os funcionários precisam vir me pontuar só as intercorrências, porque às vezes eu não consigo sa-

ber de tudo o que acontece nas três unidades ao mesmo tempo. Então eu sempre assumo somente alguns cuidados para poder dar suporte aos outros bebês. Assumo todos os cuidados invasivos, que são atribuições da enfermeira, como punção, coleta de exames, passagem de sonda. Quando cuido de um recém-nascido, procuro ver a melhora dele, que minha assistência seja prestada de uma forma adequada e que eu consiga fazer com que ele melhore.

Além das atividades que você já desenvolve, há alguma outra atividade que gostaria de realizar aqui na UTI neonatal?

Na verdade eu gostaria de poder assumir a criança integralmente, mas no momento não estamos conseguindo fazer isso. Isso é bastante entristecido, porque aqui não temos uma pessoa para ficar resolvendo os outros problemas para podermos assumir as crianças, nesse momento não está dando para fazer isso. Antes a encarregada do setor acabava resolvendo a parte burocrática. Essa é uma questão que tento passar para a supervisão, mas, não necessariamente, a supervisão sabe da nossa rotina e consegue solucionar nosso problema nesse momento, então fica um pouco complicado. Então a gente fica um pouco de mão atada, porque não conseguimos resolver isso. Os médicos, também, acabam não entendendo isso, eles querem tudo para ontem, eles não conseguem entender que às vezes não dá para fazer tudo naquele momento. Então temos que priorizar o que é mais importante, não dá para olhar para todas as crianças ao mesmo tempo e fazer tudo ao mesmo tempo. Nem sempre dá para priorizar o cuidado do jeito que precisaria. Neste momento, a unidade está passando por isso, ainda mais com o quadro de funcionário reduzido.

10. **Jasmim** fez especialização em pediatria e neonatologia, trabalha em UTI neonatal há quatro anos e há um ano e meio trabalha nesse hospital, sua função é enfermeira assistencial, no período da tarde. O hospital em que Jasmim trabalha não tem o título de Hospital Amigo da Criança, mas segue alguns passos do incentivo ao aleitamento materno. Utiliza alguns passos do método mãe canguru visando ao estabelecimento de vínculo. A UTI neonatal conta com quatro leitos, com equipamentos de qualidade e em quantidade suficientes. Jasmim recebeu treinamento inicial por 20 dias na educação continuada, aulas teóricas e práticas sobre o hospital em geral e depois mais dois meses de treinamento na UTI neonatal, além disso, recebe treinamentos mensais, de acordo com as solicitações dos próprios funcionários e atualizações em geral. A UTI neonatal conta com protocolos para todos os cuidados

realizados.

Fale-me do seu dia-a -dia na UTI neonatal. O que você faz?

Primeiramente recebo plantão, faço a escala de trabalho diária para as técnicas de enfermagem, eu também assumo pacientes, geralmente os pacientes mais graves, de alta complexidade. Aqui temos pacientes de cirurgia cardíaca, a complexidade é muito alta, então, precisamos estar sempre junto atuando. Temos muitos enfermeiros, então, assumimos bastante, dedicamos bastante tempo ao cuidado, mesmo que não seja um paciente que não tenha tanta gravidade. Fazemos também o diagnóstico de enfermagem, a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem), a evolução, que aqui é bem detalhada, bem diferente de outros hospitais que já trabalhei

Como realiza o cuidado direto ao recém-nascido?

Fazemos a assistência direta, passamos PICC, sondagem, punções venosas, arteriais, troca de fralda. A coleta de sangue arterial, a SAE, a passagem do PICC são privativos do enfermeiro. A passagem de sonda e instalação de NPP são preferencialmente do enfermeiro, mas podemos delegar para os técnicos, dependendo de como estiver o plantão. No atendimento de parada cardiorrespiratória, o enfermeiro atua, sendo também privativo, vamos controlando e delegando as atribuições para os técnicos. Aqui sou puramente assistencial, as escalas de folga e outras atividades são feitas pela supervisão. Eu costumo observar em relação à organização da criança, porque o técnico nem sempre acha que é importante. Aqui usamos Escala de dor, tenho uma preocupação muito grande com a dor, temos estudos em relação à dor; então, acabo sempre orientando os funcionários quanto às medidas que podem se feitas. Na verdade, sempre observo se a assistência está de acordo com que a gente estabelece aqui, uma boa assistência. Aqui é um setor que varia muito, tem momentos que fica muito cheio, agora estamos em um momento muito calmo, estamos com poucos pacientes, há uma semana, estava muito cheio, então para o nosso número de funcionários estávamos com muitos bebês. Então, ficamos praticamente somente a parte assistencial, as técnicas não davam conta do trabalho. Então, eu sempre cuidava do bebê, junto com os técnicos, da melhor forma possível para que nenhum bebê ficasse sem atendimento, ou com atraso de procedimentos e ao fim do plantão que eu fazia a privativa do enfermeiro que é a SAE e outras anotações. Quando está tranqüilo, eu e a outra enfermeira centramos a parte de assistência direta ao paciente para as técnicas, ficamos mais na parte burocrática, na questão do SAE, na divisão

do trabalho delas. Mas, quando temos muitos pacientes, ficamos o tempo todo ao lado, trabalhando junto com as técnicas e fazendo tudo. Aqui incentivamos muito o aleitamento materno, o apego entre os pais e o recém-nascido, aplicamos escala de dor. Utilizamos também método mãe canguru, a mãe que está hoje aqui fica um tempo melhor que a maioria dos pais, porque a maioria dos pais fica pouco, mesmo a gente explicando todo o método, os benefícios, eles não ficam muito tempo não. Sempre penso que primeiro é a assistência, a criança, então se ela está bem atendida, todas as necessidades estão bem assistidas, então tudo o que tenho que fazer posso fazer depois, mesmo que seja para sair depois do horário, para mim não importa. Primeiro eu assisto e depois vou fazer outras partes que são necessárias. É lógico que, no decorrer da assistência, se tem alguma coisa burocrática que eu tenha que fazer, uma solicitação de medicamento, uma conversa com a família, aí sim, eu tenho que dar uma pausa e não tem jeito. Mas com certeza algumas dessas coisas fazem parte das necessidades do paciente. Então, não tem como, e até estressa um pouco, estou ali, preocupada com a assistência, para não atrasar.Os pais ficam direto aqui na UTI, o que é uma coisa boa, mas também é um pouco complicado, quando você está muito corrido, isso também gera um pouco de estresse, porque tem que parar e às vezes vai atrasar alguma coisa, e não vai ficar tão legal para a criança e porque você vai ter que parar para resolver algum problema.

Além das atividades que você já desenvolve, há alguma outra atividade que gostaria de realizar aqui na UTI neonatal?

Aqui, trabalho como eu gostaria, mas se não está muito cheio e se meu número de funcionários está legal. Mas isso também é uma realidade em muitos lugares, mas o serviço não sai com a mesma qualidade. Eu, apesar de não ter tanto tempo de trabalho, costumo relacionar número de funcionário com a qualidade da assistência, então quando a gente tem um número razoável conseguimos cuidar melhor, cuidar bem, agora quando tem um número muito menor de funcionários, fica um pouco mais complicado, e a diferença na qualidade da assistência é grande. Sou bem exigente, mais comigo, do que os próprios funcionários, quero sempre estar bem perto da perfeição. Então quero deixar o leito sempre arrumado, o bebê sempre bem organizado, principalmente os bebês prematuros, quero sempre que tudo saia certinho, os horários das medicações, de dietas, tento sempre seguir o horário e a rotina. Quero sempre que ao final do plantão tenha saído tudo certo, porque o paciente precisa disso, de estabilidade e organização. Hoje eu tenho uma mescla de observação e

supervisão, quando eu comecei a trabalhar como enfermeira eu tinha uma posição diferente de hoje, uma posição mais rigída, um pouco mais de exigência dos técnicos de enfermagem. Por conta dos hospitais que trabalhei, para mim era muito ruim, eu era uma pessoa muito brava, muito autoritária, eu brigava, vamos dizer assim, para que o paciente recebesse a dieta, a medicação sempre no horário certo, era um pouco mais estressada. Hoje, aqui, estou um pouco melhor, o tipo de funcionário é bem diferente, é uma equipe melhor, já sabe o que é certo, o que é errado, já é mais competente e sabe o que é ou não para fazer. Então esse lado, mais agressivo, mais grosseiro, aqui eu não preciso impor tanto, mas de vez em quando eu me pego um pouco mais rígida ainda. Aqui eu trabalho da forma que eu gostaria.

11. **Estela** fez especialização em UTI neonatal, trabalha há sete anos em UTI neonatal, sendo que há quatro anos trabalha nesse mesmo hospital. Trabalha como enfermeira assistencial no período noturno, em uma UTI neonatal que conta com quatro leitos, em um hospital que não tem o título de Hospital Amigo da Criança, mas segue alguns passos da amamentação, utiliza alguns passos do método mãe canguru. A UTI neonatal conta com equipamentos em quantidade e qualidade suficientes para a necessidade da clientela internada, equipamentos modernos, conta com protocolos (dermatite, dor, entre outros) para todos os cuidados ao recém-nascido. Estela recebeu treinamento inicial ao ingressar na instituição, e regularmente (todos os meses) participa de treinamentos e capacitação oferecidos pelo hospital.

Fale-me do seu dia-a-dia na UTI neonatal.

Bom, aqui pelo número de leitos, número de pacientes, somos muito assistenciais, aqui, adquiri uma experiência que eu não tinha, que é a parte de cirurgia cardíaca em recém-nascido o que é superválido e também a parte assistencial, pelo número de funcionário, estou mais na parte assistencial do que na minha experiência anterior. Aqui, a equipe médica, são muito profissionais, isso nos deixa muito reconhecido ali fora. Faço também a parte administrativa, mas aqui somos mais assistencial.

Como realiza o cuidado direto ao recém-nascido?

Temos vários cuidados que são privativos do enfermeiro, como sondagem vesical, passagem de PICC, curativos, desenvolvemos toda a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem), punção arterial, coleta de exames e instalação de NPP. Assumo também o bebê por inteiro, hoje mesmo já dei banho, troquei fralda, ofertei

dieta, medicação; pois estamos com o PO (pós-operatório) cardíaco. Então quando temos um PO quem acaba assumindo o paciente é o enfermeiro, damos prioridade, ainda mais quando estamos em duas enfermeiras, com certeza, é a enfermeira quem assume. Sempre quando temos um PO de um paciente cardíaco será a enfermeira que assumirá o paciente junto com o técnico de enfermagem. Então nos nossos plantões vamos sempre fazendo assim, se tem um paciente mais crítico, e estamos em duas enfermeiras, uma delas irá assumir esse paciente. Mas nem sempre estamos em dupla, mudou um pouco o quadro de funcionário, então alguns plantões a gente assume sozinha mesmo. A nossa equipe é bem unida, gosto muito daqui, nesse sentido, trabalhamos em sincronia, e já nos conhecemos há quatro anos, falo de toda a equipe, tanto com a equipe de enfermagem como com os outros profissionais. Em uma intercorrência já sabemos o que cada um tem que fazer, já desenvolvemos muito bem. Por isso também que temos um bom relacionamento com os médicos. É gratificante trabalhar aqui, é uma experiência nova que tenho adquirido, um novo aprendizado, aqui, eles investem muito em treinamento, incentivam-nos a fazer cursos, participar de eventos científicos e também de dar palestras nos eventos realizados pelo hospital.

Além das atividades que você já desenvolve, há alguma outra atividade que gostaria de realizar aqui na UTI neonatal?

Gostaria de poder fazer mais, às vezes a demanda, temos um número maior de pacientes e o número de funcionários, a gente mantém, então, fico com uma angústia; eu poderia ter, como enfermeira, uma atenção, um cuidado com os pais, mas eu tive que abrir mão, pois minha prioridade é a assistência, naquele momento. Agora estamos em uma fase que está tranqüilo, no mês passado estávamos com uma lotação e aí fica muito corrido. Quando está muito cheio, acho que eu deveria ter mais contato com os pais, mas nos demais dias, como hoje mesmo, eu já fico mais tranqüila, com a consciência tranqüila, sensação de missão cumprida, estou satisfeita. Isso eu não sentia quando trabalhava em hospital público, por conta do número de pacientes, às vezes não tinha pernas para tudo isso, eu acabo direcionando para os pacientes mais críticos, me dedicava mais para eles, infelizmente, fazia meu trabalho, dava o meu melhor para esses, porque não tinha como, mas minha consciência doía depois, eu não conseguia fazer tudo o que gostaria. Mas aqui dá para trabalhar legal. Pena que o público lá fora não conheça tanto o nosso trabalho; depois que os pais vêm para cá que eles falam "Nossa! Vocês têm uma estrutura, têm profissionais capacitados, e a gente nem ouvia falar desse hospital".

12 **Sofia** cursou especialização em neonatologia, trabalha há 10 anos em UTI neonatal, sendo há 10 anos em um hospital particular e sete anos nesse hospital. Sofia sempre soube que gostava de neonatologia, até mais do que da enfermagem. Trabalha no período noturno como enfermeira assistencial, em uma UTI com seis leitos, em hospital que não é Hospital Amigo da Criança e que desenvolve o método mãe canguru. Segundo Sofia, o hospital tem um projeto de ser Hospital Amigo da Criança, porém, devido às características das crianças que são internadas (maioria são cirúrgicas) e de não ter uma maternidade no hospital se torna difícil implantar todos os passos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Ademais, "a maioria das crianças estão em um quadro de estresse muito grande e por isso, muitas vezes utiliza-se no setor a sucção não nutritiva para aliviar o estresse. Quanto ao método mãe canguru, é utilizado quando há internação de bebês prematuros, no entanto, a maioria dos bebês que internam estão em estado grave que impedem a manipulação excessiva e muitas vezes ficam restritos à incubadora." Quanto aos equipamentos e materiais disponíveis, Sofia relata que estão em quantidade e qualidade insuficientes, estão sempre danificados e que os profissionais não tomam cuidado com os materiais e equipamentos durante a manipulação. Diz que, ao entrar no hospital, acompanhou a equipe da tarde por um período, mas que não recebeu treinamento, ficou apenas na observação. Além disso, o hospital oferece, esporadicamente, alguns cursos, aulas, porém fora do horário de trabalho, o que dificulta sua participação. Sofia acrescenta que são poucos treinamentos e que se sente preenchida pelos treinamentos recebidos pelo hospital particular em que trabalha e que sempre leva seu conhecimento para discussão na equipe. A UTI neonatal não conta com protocolos de cuidado, segundo ela, o "manual de normas e rotinas da unidade está muito pobre e não é algo que está formalizado e que nem todas os funcionários conhecem." Ademais, Sofia observa que não há padronização na execução dos cuidados, cada profissional desempenha sua função e presta o cuidado da forma que sabe ("cada um vai fazer de um jeito entre os diversos turnos"), ou, no caso das auxiliares de enfermagem, da forma que é proposto pela enfermeira do plantão.

Fale-me do seu dia-a-dia na UTI neonatal.

Bom, aqui, por exemplo, se a UTI está lotada, eu chego, sempre faço a distribuição da escala de trabalho da auxiliares, para ver onde elas vão ficar. Eu sempre vejo a criança que está mais grave, que eu gosto de assumir, se está grave eu vou

assumir, gosto de prestar assistência de enfermagem direta e na íntegra, então eu sempre falo "se está grave eu fico". Hoje, no caso, estou ficando com a criança da gastrosquise, que foi a última que operou. Eu não fico só com ela, eu tenho que sempre olhar todos o bebês que estão na UTI, olho detalhe por detalhe, se tem alguma coisa para resolver, por exemplo, um curativo, um CPAP (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas), uma punção venosa, sempre punciono todas as veias e como tenho facilidade elas já me chamam para puncionar. Antes de começar a assistência eu checo todas as prescrições, os horários, ver o que tem de mais imediato, se têm todas as medicações, principalmente as medicações contínuas e aquelas que não podem faltar. Então as enfermeiras precisam estar de olho em tudo isso. Se precisar passar um PICC, eu já vou me programando para passar antes, para poder ir solicitando RX para avaliar. Aqui, a SAE do período noturno ficou para ser feita com as crianças da UTI pediátrica, então eu sempre vou avaliar uma criança de lá para ajudar minha amiga, para não ficar pesado para ela. Tenho também que ficar de olho nos equipamentos, organizar, checar psicotrópico, o carrinho de emergência, o termômetro da geladeira, os pedidos de farmácia, trocar todas as extensões, ver se as auxiliares trocaram e colocaram data. Tenho que ver se está tudo certo, olhar a unidade como um todo. Tenho que ver se os materiais estão tudo em ordem, para também passar a unidade em ordem para o outro plantão, para eles poderem chegar e trabalhar e não precisar ficar organizando tudo primeiro. Sei que se eu cuidar direito vou ter qualquer equipamento por muito tempo, mas as pessoas não tomam muito cuidado com os equipamentos, manipulam sem compromisso, equipamentos quebrados, sujos. É muito dificil colocar uma rotina aqui, ou mesmo angariar pessoas para isso, mesmo com a nossa liderança, é muito difícil mesmo. A questão é que são outros focos de interesses, diferente do foco assistencial, de levar o cuidado. Acho que não podemos desistir de tentar melhorar essa situação, todo mundo precisa continar insistindo para conseguir fazer com que as coisas aconteçam. Como foi com o grupo do PICC; antes se passava muita dissecção venosa aqui, por qualquer motivo a criança ia para a dissecção venosa, agora com o PICC, raramente tem dissecção. Isso foi uma coisa que conseguimos melhorar muito, porque fomos persistindo, ainda temos muito o que melhorar, precisamos montar o grupo do PICC. Mas é preciso que as pessoas se envolvam para que as coisas aconteçam, aqueles que estão a fim de que as coisas aconteçam não podem desistir, porque se essas pessoas desistirem.... e ainda às vezes é complicado, pois, você sabe que na enfermagem, muitas vezes as pessoas trabalham em dois turnos, então até mesmo pela dificuldade de vir para cá

para fazer alguma coisa extra é bem mais difícil.

Como realiza o cuidado direto ao recém-nascido?

Faço procedimentos que são específicos do enfermeiro como sondagem nasogástrica. Sempre que tem alguma alteração, as auxiliares me chamam na hora para avaliar. Amo a assistência, faço questão de olhar a criança como um todo e ficar atenta a todos os detalhes e eu sou chata olho cada detalhe mesmo, por exemplo, a posição que está o sensor do oxímetro, onde foi feita a punção para a glicemia capilar, são coisas que podem repercutir no conforto do bebê ou mesmo em uma queimadura. Quando tem alguma criança que é possível fazer o método mãe canguru, eu procuro fazer, incentivar. Eu também adoro trabalhar com os pais, nesse contexto de relação com a família. Mas tem muitos funcionários que não gostam e que são resistentes com relação a isso, preferem que o bebê fique restrito à incubadora e que a mãe vai atrapalhar. Então fica difícil, ainda mais que ninguém segue uma padronização de condutas aqui. Não temos nenhuma padronização aqui, nesse hospital. No outro hospital, que é particular, eu vivencio um outro lado completamente diferente, porque lá temos protocolos, padronização, temos essa questão da humanização muito presente. Então lá, o projeto canguru, a parte de estabecimento de vínculo entre pais e bebê, a humanização são muito maiores. Então como eu venho desse contexto, a base da minha formação é essa, não tem como eu não querer trazer isso para cá. Eu sempre trago na minha assistência, na minha conduta, eu sei que é o meu jeito, a minha forma de ser. De certa forma eu reflito isso para as minhas auxiliares. Desde que eu entrei aqui, o grupo que trabalha comigo adquiriu o meu jeito de ser, então elas já começaram a respeitar mais os familiares. Nos outros turnos, já observei que outras pessoas são mais taxativas, muitas vezes esse lado de humanização não existe para elas, até mesmo pelo ritmo e pelo enfoque do trabalho. Cada um age por si mesmo, não há nehuma padronização, isso é uma coisa que eu luto muito. Por exemplo, eu passo PICC, para isso precisa ter um protocolo, mas é um procedimento, uma coisa mais fácil das pessoas perceberem que é preciso um protocolo, mas a humanização é uma coisa que se não for muito trabalhada, se a enfermeira não estiver trabalhando muito nisso no seu turno de trabalho com os seus colaboradores, fica muito difícil. É um processo que temos que ir trabalhando para as pessoas incorporarem, abraçarem e acreditarem que a humanização é uma coisa realmente boa, é um processo que requer muito tempo. Eu gosto muito de bebê, eu amo UTI neonatal, eu sinto que contribuo muito para as crianças que eu cuido. Várias situações, saí satisfeita com o

meu trabalho, com minha assistência, contribuí com a melhora desse bebê. Às vezes eu pego a criança em estado gravíssimo, que, por exemplo, ninguém conseguiu puncionar, aí eu consigo passar um PICC. Outro dia fiquei cuidando de uma criança, que veio do centro cirúrgico toda descompensada, durante a madrugada toda e fui observando que com minha assistência aliada à conduta médica, foi mudando o estado da criança, e ela foi melhorando. Determinadas questões da sua forma de prestar assistência, a forma com que você presta a assistência, proporciona o conforto, a melhora, consegue um acesso venoso mais difícil, ou então, no momento em que é preciso, com agilidade e rapidez você consegue reverter o quadro da criança. Algumas vezes eu também saio muito insatisfeita, frustrada com algumas situações, mas, na maioria das vezes, saio tranqüila, contente com o resultado. As situações que mais fiquei insatisfeita barram em outros profissionais, já fiquei muito insatisfeita com a cirurgia pediátrica, são coisas que já vêm de lá, que você não pode romper com a cadeia, principalmente na parte de curativos, aqui não temos nenhum curso sobre curativos, ainda mais aqui que é referência para cirurgia pediátrica. Uma coisa que mais me frusta são os curativos daqui, eles (médicos) dominam ainda, fazem coisa que a gente fala "meu Deus que curativo é esse" e tem ainda aquela hierarquia, em que eles são os semideuses e nós somos apenas da enfermagem, é muito difícil lidar com eles. Então acaba sendo meio complicado romper com essa barreira. E....aqui nós temos a maioria dos materiais para fazer os curativos, e se não tem, você consegue, mas como não tem o "abraçar" das pessoas, é muito complicado. Mas aqui, para manter um curativo, para angariar pessoas para isso... é muito difícil, a gente explica... até um certo ponto um plantão mantém, mas depois o outro não. Mas...já teve várias vezes que os pais ficaram muito contentes, ao verem o diferencial da minha assistência, e falarem "nossa... você cuida de um jeito tão diferente", elogiam baseado em tudo o que eles veêm aqui na UTI. Isso é muito gratificante, poder mudar o quadro do bebezinho, saber que está proporcionando o melhor que pode a ele. Então isso é que é importante para mim, fico satisfeita com isso. Aqui, não tenho muitas questões burocráticas para resolver, então, acaba sobrando bastante tempo para o cuidado direto, aqui eu tenho o prazer de assumir uma criança na íntegra.

Além das atividades que você já desenvolve, há alguma outra atividade que gostaria de realizar aqui na UTI neonatal?

Eu gostaria de poder dar mais aulas para as meninas (auxiliares de enfermagem), nos propomos a fazer o estudo de caso das crianças, queria estudar com elas para

saber o porquê de cada medicação, de cada procedimento; por exemplo, o porquê de a criança estar recebendo soro com eletrólito, ou então, ele está recebendo concentrado de hemácias, mas porque ela ficou com anemia a ponto de precisar de um concentrado de hemácias. Fazer o estudo de caso das crianças para não sermos meros cumpridores de prescrição, acho isso muito chato, acho que temos que entender a fundo nossa assistência, fazer uma análise crítica de cada caso e fazer com consciência total do que está fazendo. Tinha proposto isso com as meninas (auxiliares), mas a gente não consegue dar conta para fazer. Queria trazer umas aulas para poder dar para elas, gostaria de fazer o grupo do PICC, trazer essas idéias dos protocolos, tem muitas coisas que gostaria de estar passando. Mas para fazer tudo isso, preciso vir durante o dia, estar junto com a Educação Continuada, e isso eu não consigo, já trabalho em dois empregos, ainda tenho muitos outros trabalhos do outro hospital. É muito difícil parar, tendo tempo para fazer tudo isso. Se tivessem mais pessoas que angariasse para fazer tudo isso... mas também é complicado. Quando entrei aqui, para mim foi muito negativo, me deparei com algumas situações.... como eu já tinha minha vivência no hospital particular e que lá tudo é muito regrado, é um lugar mais fácil para trabalhar, as coisas são mais corretas, mais cobradas, é uma assistência melhor, tudo acaba sendo muito melhor, o senso crítico também desenvolve muito mais. Então, quando em vim para cá eu me choquei, vi algumas enfermeiras que eu não acreditava que fossem enfermeiras, fazem muitas coisas erradas, me choquei muito com o tipo de assistência, e como eu sempre quis o melhor para o bebê eu me choquei, porque via coisas como manipulações bruscas, que achava muito absurdas.

Anexos

I Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Liciane Langona Montanholi, sou enfermeira, aluna do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo. Estou realizando uma pesquisa que tem como objetivos: conhecer e compreender a vivência do enfermeiro na UTI neonatal.

Havendo concordância em participar deste estudo, comprometo-me a respeitar todos os seus direitos:

- Ter liberdade de participar ou deixar de participar do estudo em qualquer momento, sem que isso traga algum prejuízo
- Manter seu nome em sigilo absoluto
- Interromper a entrevista, caso sinta-se incomodado em continuá-la
- Realizar as entrevistas em local, data e hora que lhe for conveniente
- Garantir o direito de resposta a dúvidas em qualquer momento da pesquisa

Deixo-lhe o meu telefones (11) 8648-3428 para que possa obter mais esclarecimentos sobre o estudo e sua participação. Caso aceite participar, farei uma entrevista com você que será gravada. Serão feitas duas cópias desse documento, uma para você e outra para o pesquisador. Esta pesquisa será publicada em revistas na área da saúde e apresentada em congressos, no sentido de contribuir para um melhor cuidado de enfermagem.

Eu, _____, após ter lido e compreendido o esclarecimento acima, concordo em participar como sujeito desta pesquisa. Estou ciente dos meus direitos relacionados e dou fé que estes princípios serão respeitados pela pesquisadora

São Paulo, .../ ...../.....

_____

Assinatura e RG

_____

Liciane Langona Montanholi Coren 0127592

II Termos de Aprovação: Comitês de Ética

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Fone: 3061-7548 - Fax: 3061-7548
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 22 de fevereiro de 2008.

Il.ma Sr.a
Liciane Langona Montanholi

Ref.: Processo nº 713/2008/CEP-EEUSP

Prezada Senhora:

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **"O cuidado em UTI neonatal na percepção dos enfermeiros: entre o ideal, o real e o possível"**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fat Fernandes
Prof.a Dr.a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

HOSPITAL
SAMARITANO
SÃO PAULO

São Paulo, 22 de janeiro de 2008.

À
Sra. Liciane Langona Montanheli

Ref.: PROJETO DE PESQUISA **"O cuidado da UTI neonatal na percepção dos enfermeiros: entre o ideal, o real e o possível".**

Prezada Senhora,

Em atenção a sua solicitação para o desenvolvimento do projeto em referência, junto a esta Instituição, o Comitê de Ética em Pesquisa, por intermédio de seu Coordenador **aprova** a realização da pesquisa nos termos e métodos previstos, desde que observadas a seguinte determinação:

- Manter o Comitê informado sobre o trabalho realizado, encaminhando-lhe relatório de acompanhamento e, ao final, o resultado da pesquisa inserido no contexto do projeto.

Atenciosamente,

Dr.Roberto Alexandre Franken
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Sociedade Hospital Samaritano

Rua Conselheiro Brotero, 1486 | Higienópolis | 01232 010
São Paulo | SP | Brasil | Tel. 55 11 3821 5300 | Fax. 55 11 3824 0070

www.samaritano.org.br