

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

**PATRICIA KLOCK**

**CUIDANDO DO RECÉM-NASCIDO EM UTIN:  
CONVIVENDO COM A FRAGILIDADE DO VIVER/SOBREVIVER À LUZ DA  
COMPLEXIDADE**

**FLORIANÓPOLIS  
2009**

**PATRICIA KLOCK**

**CUIDANDO DO RECÉM-NASCIDO EM UTIN:  
CONVIVENDO COM A FRAGILIDADE DO VIVER/SOBREVIVER À LUZ DA  
COMPLEXIDADE**

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

Linha de Pesquisa: Administração em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

**FLORIANÓPOLIS  
2009**

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

K66c Klock, Patricia  
Cuidando do recém-nascido em UTIN [dissertação] :  
convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à  
luz da complexidade / Patricia Klock ; orientadora,  
Alacoque Lorenzini Erdmann. - Florianópolis, SC, 2009.  
89 f.: il., tabs.

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

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Recém-nascidos. 3. Prematuros. 4.  
Neonatologia. 5. Enfermagem Neonatal. I. Erdmann, Alacoque  
Lorenzini. II. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083-053.2

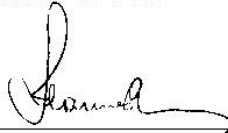
**PATRICIA KLOCK**

**CUIDANDO DO RECÉM-NASCIDO EM UTIN: Convivendo com a fragilidade  
do viver/sobreviver à luz da complexidade**

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

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

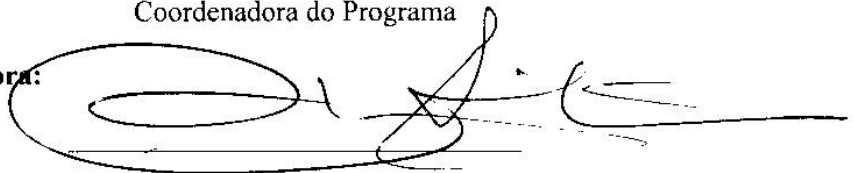
E aprovada em 11 de setembro de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da  
Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem.  
Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.



Dra. Flávia Regina de Souza Ramos

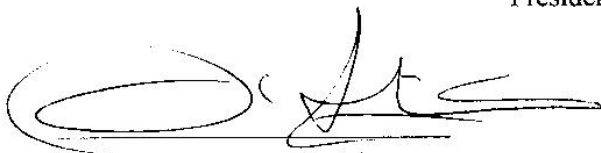
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**



Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Presidente



Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira Mello

p/ Membro



Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento

Membro



Dra. Maria Emilia de Oliveira

Membro



Dra. Josiane de Jesus Martins

Suplente

*Dedico esta Dissertação*

*Aos meus pais, pelo exemplo através da simplicidade;*

*Ao meu irmão, por partilhar conquistas e desafios;*

*As amizades incondicionais, feitas e refeitas nesta trajetória;*

*Aos profissionais da UTI Neonatal, que atuam buscando ofertar um cuidado singular;*

*E aos bebês e famílias que me ensinam a prestar um cuidado permeado pelo milagre da vida.*

## AGRADECIMENTOS

Uma conquista tão sonhada e repleta de aprendizados, desafios, incertezas. Desconstruções e reconstruções que me levaram ao amadurecimento acadêmico, profissional e pessoal. Foi um caminhar rico, transformador e surpreendente, sempre agraciada com pessoas certas, no momento certo. Com momentos concorrentes, antagônicos e complementares, onde nada foi “ao acaso”, sendo eu uma aprendiz, entrelaçando meus antigos olhares com a possibilidade de desajustes e reajustes.

Mexi na Patrícia enfermeira, filha, irmã, aluna, pesquisadora, amiga, mulher. Diante destes privilégios, gostaria de agradecer aos que cruzaram meu caminho, e eu os deles, tornando possível a realização deste sonho...

À *Deus*, que se faz presente na simplicidade das “pequenas coisas”, abençoando e guiando minhas decisões;

Ao *Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC*, que através de seu investimento, oportunizou meu crescimento e enriquecimento profissional, de forma crítica e reflexiva, em especial à *Dra. Flávia Regina Souza Ramos e Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha* pela coordenação do curso;

Ao *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)* por incentivar meu interesse pela pesquisa em Enfermagem, ao ser agraciada com Bolsa de Iniciação Científica – IC e Apoio Técnico - AT, estreitando laços e adquirindo o interesse pela pesquisa científica em Enfermagem, ao apoiar o grupo de pesquisa a qual sou vinculada;

Ao *HU*, onde tenho a oportunidade de desenvolver minha vida profissional, recebendo suporte e apoio para realizar o curso de Mestrado;

À *equipe da UTIN*, pelo acolhimento, aprendizado e apoio, criando laços que ampliaram meu olhar sobre o Cuidado em Enfermagem, me permitindo a identificação enquanto Enfermeira;

Aos *integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES)*, que de forma acolhedora estimularam e facilitaram minha trajetória no desenvolvimento do pensar científico e criativo, decorrentes das condições criadas através da aprendizagem de técnicas e métodos de pesquisa, viabilizando nossos sonhos e projetos;

À *Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann*, pela orientação, confiança, oportunidade e apoio. Nossos caminhos se cruzaram à quase 09 anos, criando fortes transformações na minha vida, em todos os aspectos. Acreditastes em mim, quando nem eu acreditava. Fui desafiada e

creci muito desta forma. Construimos uma relação forte, partilhamos conquistas, viagens, risadas, café, desabafos... Seriam tantos os momentos marcantes... Contigo aprendo a força de encarar os desafios de cabeça erguida e a sempre enxergar o lado bom das pessoas e situações. Você é meu exemplo de luta pela consolidação da Enfermagem enquanto ciência no cenário nacional e internacional, bem como exemplo de caráter, determinação e fé no ser humano. Palavras não são suficientes para agradecê-la...

Às *Professoras, Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira Mello, Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento, Dra. Maria Emilia de Oliveira, e Doutoranda Marli Stein Backes*, membros da banca de Exame de Qualificação, pelas sugestões que me ajudaram a clarear e melhor explicitar o objeto do estudo e os meios para alcançar os resultados;

À *turma de Mestrado 2008*, pelo aprendizado, momentos de alegrias e desafios, pelos desabafos e conquistas compartilhadas.

#### **Agradeço, em destaque:**

Aos *docentes do PEN/UFSC*, em especial *Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza, Dra. Betina H. Shlindwein Meirelles, Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, Dra. Grace T. M. Dal Sasso, Dra. Jussara Gue Martini, Dra. Marta Lenise do Prado, Dra. Odalea Maria Bruggemann e Dra. Vânia M. S. Backes* por contribuírem com seus conhecimentos de forma ética, estimulando meu aprendizado;

Aos *funcionários do PEN/UFSC*, em especial a *Claudia Crespi Garcia e Francini R. Schmitz* que no decorrer do curso de mestrado colocaram-se sempre à disposição, atendendo minhas inúmeras solicitações, dando todos os encaminhamentos necessários, sempre se destacando pela competência e eficiência;

As *colegas de turma*, amigas conquistadas e fortalecidas, Juliana Lessmann, Gabriela Lanzoni, Michele Gayeski, pelos momentos de discussão enriquecedora, estímulo, incentivo e carinho acolhedor;

Aos *sujeitos da pesquisa*, por conferir a pesquisa uma forma privilegiada de construir/reconstruir conhecimentos;

Às *colegas de trabalho*, enfermeiras Roberta, Melissa, Márcia Jordão, Raquel, Márcia Borck, Noélia, Adriana e Michela, pelo incentivo e carinho recebido, pelas coberturas de plantões, viabilizando meus estudos. A *equipe de enfermagem*, pelo incentivo, acolhendo meu

cansaço e me dando motivações a seguir adiante, compreendendo meus momentos de ausência;

Ao amigo *Rafael Lange*, pela diagramação, pelo carinho, café e momentos de descontração e relax, principalmente nos shows da banda *Aerocirco*;

Aos *amigos*, imprescindíveis nesta trajetória... Por ouvirem meus desabafos, anseios, partilhar as conquistas, me resgatar do stress e fazer enxergar os objetivos deste esforço e os frutos a serem colhidos através de algumas renúncias e escolhas, compreendendo meus momentos de ausência.

À *minha família*, em especial:

*Minha mãe, Edith*, com quem aprendi a lutar e ter forças mesmo quando os obstáculos pareciam intransponíveis, alcançando sonhos muito maiores do que imaginamos;

*Meu pai, Moacir*, pelo caráter e determinação, que prevalecerão acima de qualquer coisa;

*Meu irmão, Ricardo*, pela sua inteligência, apoio incondicional, alegria... Tudo tem mais vida e sentido com sua presença ao meu lado!



"Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas...  
Que já têm a forma do nosso corpo...  
E esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos  
mesmos lugares..."

É o tempo da travessia...  
E se não ousarmos fazê-la...  
Teremos ficado... para sempre...  
À margem de nós mesmos..."

*Fernando Pessoa*

KLOCK, Patricia. **Cuidando do recém-nascido em UTIN:** convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. 2009. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Orientadora: Professora Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann.

## RESUMO

Este estudo trata da elaboração de um modelo que contempla o fenômeno do cuidado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal a partir da compreensão do ser e fazer enquanto enfermeiro neste sistema complexo. Tal compreensão aborda as transformações ocorridas desde a criação das UTIN's até a atualidade, vislumbrando sua busca pela integralidade ao oferecer um cuidado sensível e compartilhado. O referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded theory*) associado ao Paradigma da Complexidade de Edgar Morin foi utilizado na análise e na construção do Modelo Teórico: “CUIDANDO DO RECÉM-NASCIDO EM UTIN: Convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade”. Participaram da pesquisa 11 sujeitos, entre enfermeiros e mães com bebês internados na UTIN. Utilizou-se a entrevista aberta para coleta dos dados. A análise comparativa dos dados subsidiou o processo de codificação, amostragem, saturação teórica, ordenação e integração dos dados. Os dados foram inseridos no software NVIVO®, dando seqüência na organização e agrupamento dos mesmos. A organização dos códigos foi feita de acordo com suas propriedades e, então, agrupados em códigos preliminares, subcategorias e categorias. Através das inter-relações entre categorias, emergente dos dados coletados, identificou-se a categoria central, eixo norteador do Modelo Teórico, e integradora das categorias analíticas denominada: “Convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver: cuidado altamente complexo, sensível, singular e compartilhado” em torno da qual giram as demais categorias: Buscando conhecimentos e competências; Gerenciando o cuidado na UTIN e Vivenciando as singularidades na UTIN. Neste contexto, o cuidado em UTIN se fortalece como uma das áreas da Enfermagem em constante desenvolvimento, visando conciliar os avanços tecnológicos importantes para o sobreviver do bebê prematuro com abordagens que valorizam as inter-relações em seu cotidiano, de modo sistêmico. Busca atuar nas diversas esferas do cuidado complexo em saúde, desde os serviços de apoio da instituição hospitalar e seus gestores até a academia, visando evitar atuações compartimentadas e isoladas, integrando e aplicando conhecimentos científicos, com ganhos para a prática profissional. Oferecer suporte tecnológico já não basta. A pesquisa ressalta que é necessário exercitar as potencialidades já inatas dos profissionais de enfermagem e caminhar para o encontro de outras, um verdadeiro convite a novas percepções de cuidar do neonato, sua família e os membros deste sistema complexo, numa constante inquietação e adaptação para as demandas que surgem. Assim, as indagações norteadoras desta pesquisa convidam para a ampliação de novos horizontes de investigação, de forma que as possibilidades de estudos indicadas permitam o aprofundamento no âmbito das organizações de saúde e da academia.

**Palavras-chave:** Recém-nascido, Prematuro, Neonatologia, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Enfermagem Neonatal.

KLOCK, Patricia. **Caring for newborns in a neonatal ICU: living with the fragility of living/surviving in the light of complexity.** 2009. 89 f. Dissertation (Master's in Nursing) – Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brazil.

Advisor: Professora Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann.

### ABSTRACT

This study deals with the elaboration of a model which contemplates the phenomenon of care in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU), based on the comprehension of the human being and human actor as a nurse in this complex system. Such comprehension encompasses the transformations which have occurred since the creation of the NICUs, discerning its search for the entirety to offer sensible and shared care. The methodological reference of the Grounded Theory associated with Edgar Morin's Complexity Theory was utilized in analysis and the construction of the Theoretical Model: **CARING FOR THE NEWBORN IN THE NICU: Living with the fragility of living/surviving in the light of complexity**". The sample was composed of 11 subjects, including nurses and mothers with newborns in the NICU. Open interviews were used in order to collect data. Comparative data analysis subsidized the data codification, sampling, theoretical saturation, ordering, and integration processes. Data was inserted into *NVIVO*<sup>®</sup> software, providing a sequence in data organization and grouping. Organizing the codes was done according to their properties and thus, grouped in preliminary codes, subcategories, and categories. Through the relationships in these categories which emerged from the data collected, the central category, the guiding axis of the Theoretical Model and the integrating factor of the analytical categories was identified, denominated: "Living with the fragility of living/surviving: highly complex, sensitive, singular, and shared care" around which are the following categories: Seeking knowledge and competencies; Managing NICU care; and Living the singularities of the NICU. In this context, NICU care is strengthened as one of the Nursing areas in constant development, seeking to conciliate important technological advances towards premature newborn survival with the approaches which systematically value day-to-day relationships. It seeks to enact in the diverse spheres of complex health care, from the support services of the hospital institution and its management to academia, searching to avoid fragmented and isolated care through integrating and applying scientific knowledge with gains for professional practice. Offering technological support is no longer enough. Research highlights that it is necessary to exercise already innate potential in nursing professionals and work towards finding others, a true invitation towards new perceptions for care for the newborn, his/her family, and the members of this complex system in a constant unrest and adaptation of demands which may arise. Thus, the guiding questions of this study invite towards the amplification of new investigative horizons, in such a manner that the possibilities for suggested studies permit more profound in the realm of health care and academic organizations.

**Key words:** Newborn, Premature, Neonatology, Neonatal Intensive Care Units, Neonatal Nursing.

KLOCK, Patricia. **Cuidando del recién nacido en la UCIN:** conviviendo con la fragilidad de vivir/sobrevivir a la luz de la complejidad. 2009. 89 f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Postgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Orientadora: Profesora Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann.

## RESUMEN

El presente estudio trata sobre la elaboración de un modelo que aborda el fenómeno de la atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) a partir de la comprensión del ser y del actuar como enfermero de este complejo sistema. En esa reflexión se abordan las transformaciones que han ocurrido desde la creación de las UCINs hasta el presente, para entrever su búsqueda de la integralidad en la prestación de una atención sensible y compartida. La metodología utilizada fue la Teoría Fundamentada (Grounded Theory), asociada con el Paradigma de la Complejidad de Edgar Morin, la cual se utilizó en el análisis y la construcción del Modelo Teórico: "Cuidando del recién nacido en la UCIN: Conviviendo con la fragilidad de vivir/sobrevivir a la luz complejidad". Los participantes del estudio fueron 11 sujetos, entre enfermeros y madres de bebés hospitalizados en la UCIN. Para la recolección de los datos se utilizó la entrevista abierta. El análisis comparativo de los datos apoyó el proceso de codificación, el muestreo, la saturación teórica, la clasificación e integración de los datos, los cuales fueron introducidos en el software NVIVO®, para después continuar con la organización y agrupación de los mismos. La organización de los códigos se realizó de acuerdo a sus propiedades, y luego fueron agrupados en códigos preliminares, subcategorías y categorías. A través de las interrelaciones entre las categorías emergentes a partir de los datos recogidos, se pudo identificar la categoría central, eje principal del Modelo Teórico e integradora de las categorías de análisis: "Conviviendo con la fragilidad de vivir/sobrevivir: un cuidado de alta complejidad, sensible, único y compartido", en torno al cual giraron las demás categorías, a saber: Buscando conocimientos y capacidades; Administrando el cuidado en la UCIN y, Viviendo las particularidades en la UCIN. En este contexto, la atención en la UCIN se fortalece como una de las áreas de la Enfermería en constante desarrollo a fin de conciliar los avances tecnológicos, importantes para la supervivencia de los recién nacidos prematuros, con los enfoques que valoran la relación en su vida cotidiana, de una manera sistémica. Trata de operar en distintos ámbitos del cuidado complejo en salud, desde los servicios de apoyo de la institución hospitalaria y sus directivos hasta la universidad, a fin de evitar acciones compartimentadas y aisladas, integrando y aplicando conocimientos científicos que aporten beneficios para la práctica profesional. Brindar apoyo tecnológico ya no es suficiente. La investigación destaca la necesidad de ejercer el potencial innato de los profesionales de enfermería y avanzar hacia el hallazgo de otras potencialidades; es una invitación a nuevas percepciones del cuidado del recién nacido, su familia y los miembros de este complejo sistema, una constante ansiedad y adaptación a las demandas que se plantean. Así, las preguntas orientadoras del presente estudio invitan para la expansión de nuevos horizontes de investigación, lo que posibilita que los estudios indicados permitan la profundización del contexto de las organizaciones de salud y de la universidad.

**Palabras claves:** Recién nacido, Prematuro, Neonatología, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Enfermería Neonatal.

## **LISTA DE SIGLAS**

AC – Alojamento Conjunto

CIAM – Central de Incentivo ao Aleitamento Materno

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CO – Centro Obstétrico

GEPADES – Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde

HU – Hospital Universitário

RN – Recém - Nascido

TFD – Teoria Fundamentada nos Dados

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Representação esquemática do sistema complexo de cuidado ao recém-nascido...	<b>31</b>
<b>Figura 2:</b> Componentes da pesquisa qualitativa.....	<b>34</b>
<b>Figura 3:</b> Aspectos da Análise Comparativa que compõem a TFD.....	<b>41</b>
<b>Figura 4:</b> Exemplo dos códigos preliminares emergentes do conteúdo do segundo grupo amostral. ....	<b>42</b>
<b>Figura 5:</b> Relação entre códigos preliminares e subcategorias. ....	<b>44</b>
<b>Figura 6:</b> Agrupamento das categorias e suas subcategorias. ....	<b>45</b>
<b>Figura 7:</b> Relações entre a categoria central, categorias e subcategorias.....	<b>46</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Participantes da investigação, conforme grupo amostral.....	<b>38</b>
<b>Quadro 2:</b> Subcategorias (nodos ramificados) emergentes na codificação axial.....	<b>43</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA DO ESTUDO</b> .....	<b>16</b>
<b>2 OBJETIVO</b> .....	<b>21</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>22</b>
3.1 CUIDADO EM ENFERMAGEM.....	22
3.2 CUIDADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL .....	23
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>27</b>
4.1 O PENSAMENTO COMPLEXO .....	27
<b>5 REFERENCIAL METODOLÓGICO</b> .....	<b>34</b>
5.1 TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS .....	35
5.2 LOCAL DA PESQUISA .....	36
5.3 PARTICIPANTES DA INVESTIGAÇÃO .....	38
5.4 ASPECTOS ÉTICOS .....	39
5.5 COLETA DE DADOS .....	39
5.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	40
5.7 CODIFICAÇÃO .....	41
5.8 AMOSTRAGEM TEÓRICA .....	47
5.9 SATURAÇÃO TEÓRICA .....	47
5.10 MEMORANDOS .....	47
<b>6 RESULTADOS</b> .....	<b>49</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>65</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>73</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>78</b>



## 1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA DO ESTUDO

A neonatologia é um campo recente e em constante desenvolvimento na área da saúde, seja pelo desempenho de atividades assistenciais ou de pesquisa, possuindo como foco o cuidado ao recém-nascido (RN). Os processos dos cuidados assistenciais em Neonatologia têm suas bases descritas no século XIX, quando Pierre Budin, médico obstetra francês, em 1900, estabeleceu pela primeira vez as modalidades de vigilância e cuidados dos bebês de baixo peso ao nascer: manutenção do equilíbrio térmico, prevenção de infecções por meio de assepsia e alimentação com leite do peito (CHARPAK; CALUME; HAMEL, 1999).

O modelo de assistência neonatal que se consolidou neste século, em quase toda cultura ocidental, evoluiu com grandes conquistas técnico-científicas. O uso de tecnologias avançadas de terapia intensiva como incubadoras, berços de calor radiante, equipamentos para assistência ventilatória, alimentação parenteral, antibióticos de última geração, contribuíram com significativos avanços na área neonatal permitindo maior sobrevivência de recém-nascidos pré-termo (COSTA, 2005).

Em decorrência dos avanços científicos e tecnológicos crescentes nesta área é possível constatar um significativo aumento da taxa de sobrevivência de recém-nascidos pré-termos e de baixo-peso<sup>1</sup>, resultando em uma mudança no perfil de mortalidade infantil. Esta nova realidade, portanto, remete a necessidade do aprimoramento e da atualização profissional, na perspectiva humanística, em especial para os profissionais que constituem a equipe de enfermagem neonatal. Traz, ainda, outros agentes complicadores, como enfatiza Costa (2005), tais como o maior tempo de internação, com separação precoce e prolongada da mãe-filho-família, menor incidência e prevalência do aleitamento materno, maior exposição do neonato a complicações que cursam com graves seqüelas e maior demanda da atenção especial e de alto custo.

Dentro desta realidade, emerge a necessidade de olharmos para este bebê, que necessita de suporte na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), “independentemente de sua idade ao nascimento ou sua patologia, como alguém que possui capacidade de expressar suas emoções, de ter prazer, de sentir dor, de buscar contato, como também, fugir deste quando a estimulação negativa e o estresse gerado são perceptíveis” (ROLIM; CARDOSO, 2006).

---

<sup>1</sup> Recém-nascido de baixo peso: com peso inferior a 2.500g (WHO, 1961).

Através desta crescente abordagem junto ao cuidado ao RN, estudos brasileiros vêm sendo realizados, fundamentando e atualizando esta temática, como Christoffel (2002), que buscou conhecer o mundo imaginal da equipe de Enfermagem frente às reações do recém-nascido submetido a procedimentos dolorosos; o de Martinez (2004), que explora a participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal; o de Caniatto (2005), que tem como objetivo promover o bem-estar e o cuidado do recém-nascido prematuro por meio do toque; o de Costa (2005), que compreende as reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe canguru em uma unidade de neonatologia; o de Guimarães (2006), que trata da formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru; o de Fonseca (2002), que demonstra a necessidade de instrumentalizar a família frente aos cuidados específicos ao recém-nascido pré-termo; o de Gaiva (2002), que trata da organização tecnológica do trabalho na assistência ao prematuro e sua família, o de Oliveira (2007) que evidenciou a presença da sensibilidade e a intuição na prática diária dos profissionais de uma equipe de Enfermagem de uma UTIN, compreendendo assim como se dá esta inserção do sensível e intuitivo como tecnologia na prática de cuidar do recém-nascido pré-termo, dentre outros.

Portanto, concordo com Rolim e Cardoso (2006, p.86) quando enfatizam que:

A atenção ao bebê deve ser estruturada e organizada no sentido de atender uma população sujeita a riscos. Para tanto, devem existir recursos materiais e humanos especializados e capazes de garantir observação rigorosa, além de tratamentos adequados ao recém-nascido, que apresenta patologia capaz de ocasionar sua morte ou seqüelas que interferirão no seu desenvolvimento.

Assim, o profissional de saúde que integra a equipe neonatal, além de necessitar ter um conhecimento sobre o cuidado adequado ao bebê, deve considerar ainda que este cuidado seja diferenciado, que evite expô-lo a manuseios excessivos a fim de minimizar as manifestações de dor e estresse, que, por sua vez, podem provocar alterações fisiológicas e comportamentais. Neste ato de cuidar, é essencial que o profissional considere e respeite o vínculo mãe-bebê como algo benéfico na manutenção e recuperação da saúde do RN. Mãe e bebê constituem um binômio que se torna interdependente nesta fase inicial de vida pós-uterina.

Através da minha atuação profissional em UTIN no Hospital Universitário Polydoro Ernani Santiago/Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), percebo a existência de

uma especificidade no cuidado prestado ao RN evidenciada pela sua fragilidade, associada à necessidade de realização de procedimentos e manuseios excessivos. Procedimentos estes prestados em conjunto pela equipe de Enfermagem como, por exemplo, aspiração traqueal ou coleta de sangue, em que, ao mesmo tempo, busca-se oferecer uma assistência que visa respeitar a individualidade de cada bebê através do toque, da fala, da contenção, voltada para a minimização do estresse uma vez que este é responsável por alterações fisiológicas e comportamentais, principalmente entre bebês extremamente prematuros, cada vez mais comuns em UTIN.

Tendo em vista o exposto, destaco a fala de Rolim e Cardoso (2006, p.89):

A enfermeira deve ajudar o bebê a tornar-se o mais humanamente possível em uma situação particular de sua vida, ou seja, a vir-a-ser, quando a enfermeira dirige o seu cuidar a esse bebê, vendo-o em sua totalidade, buscando maneiras de valorizar o seu potencial, considerando suas limitações e imaturidade psicobiológica.

Na UTIN em questão, atendem-se bebês de alto risco provenientes de todo o Estado de Santa Catarina, com diversos diagnósticos tais como a prematuridade, o baixo peso, o desconforto respiratório, a taquipnéia transitória, a hipertensão pulmonar, as displasias broncopulmonares, as cardiopatias congênitas, as malformações congênitas, a hiperbilirrubinemia, as infecções, entre outros.

A equipe na UTIN, aqui em especial os enfermeiros, lida com situações emocionais difíceis. A fragilidade e sofrimento de um bebê prematuro extremo, a morte, sentimentos de ansiedade e insegurança por parte dos familiares são constantes em seu cotidiano profissional. Estes fatores são acompanhados, muitas vezes, por intercorrências que requerem, simultaneamente, habilidade técnica, conhecimentos específicos e atualizados, agilidade, sensibilidade e que podem, desta forma, gerar nestes trabalhadores estresse tanto físico como mental.

A UTIN, por ser um local que enfatiza os recursos materiais e a tecnologia, contribui para comportamentos automatizados, nos quais o diálogo e a reflexão crítica não encontram espaço, inclusive pelas situações contínuas de emergência, pela gravidade dos pacientes e pela dinâmica acelerada do serviço (ZINN; SILVA; TELLES, 2003, p.330).

No entanto, apesar de todo desgaste físico e emocional e dos desafios e limitações, a gratificação profissional e pessoal ganha destaque, evidenciada quando um bebê grave se recupera, ou até mesmo quando tempos depois de sua alta hospitalar, o mesmo retorna a

unidade para uma visita. Tais atitudes deixam transparecer na equipe de enfermagem uma grande satisfação pessoal e reconhecimento profissional.

Uma pesquisa<sup>2</sup> do qual participei enquanto bolsista de Apoio Técnico do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sobre o cuidado como produto de múltiplas interações humanas vinculada ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES)<sup>3</sup> realizada entre setembro de 2006 a maio de 2007, evidenciou que o cuidado interativo, na perspectiva dos profissionais, envolve um "sentimento de estar com...", de colocar-se junto do outro numa relação de horizontalidade e empatia. Ficou evidente também que cuidar de pacientes nas diferentes fases do processo de doença e cura demanda a atuação de uma equipe multiprofissional que saiba unir a competência técnica à sensibilidade para lidar com as pessoas. A pesquisa mostrou, em outras palavras, que a prática profissional dentro de uma unidade crítica é permeada, ora por relatos de sentimentos de satisfação, ora por sofrimento. Por parte dos familiares de bebês internados, a pesquisa revelou um sentimento de gratidão e confiança estabelecidos durante o período de internação, além da existência de uma motivação singular subjacente aos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem (KLOCK et al., 2007).

Através destas experiências, encontrei uma valiosa oportunidade de atrelar as vivências oportunizadas por minha atuação profissional ao conhecimento e participação nestes estudos, havendo assim, o interesse em desenvolver esta dissertação. Nela considera-se a especificidade de cuidado que esta unidade requer, enfatizando o profissional de enfermagem que atua neste ambiente, uma vez que a maior parte dos estudos (ARAÚJO, 2007; SCOCHI, 2003) enfatizam os sentimentos das famílias e que perfil é esperado destas equipes.

Perante as vivências e realidades atribuídas ao cuidado em UTIN, julga-se que a complexidade ancora a compreensão das interações e interferências existentes, que geram

---

<sup>2</sup> Estudo de caráter investigatório, desenvolvido a partir de um projeto ampliado de pesquisa intitulado: "Concepção de sistema organizacional de saúde de enfermagem pelo olhar da complexidade das práticas dos serviços de saúde em ambientes mais saudáveis". O mesmo objetivou construir um referencial sobre o cuidado de enfermagem no ambiente hospitalar, como produto de múltiplas interações humanas, com a convicção de que esse é um imperativo para a (re)organização dos serviços enquanto sistema de produção complexo.

<sup>3</sup> Trata-se de um dos 13 (treze) grupos de pesquisa vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, cadastrado no CNPq, que possui como linha de pesquisa a Administração em Enfermagem e Saúde, e realiza projetos de pesquisa, projetos articulados de estudos e pesquisas, produção e publicação de trabalhos científicos, ensino e orientação de pesquisas nos diferentes níveis de ensino (graduação, especialização, mestrado e doutorado). Para obter maiores informações acesse o site: <<http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional/detalhegrupo.jsp?grupo=0043404JCBR7EQ>>.

desordem em atividades e atribuições neste ambiente de cuidado, reorganizando e conferindo novos significados ao ser (humano) e fazer (cuidado) enquanto profissionais de enfermagem, bem como o reflexo dos mesmos em todos os vínculos resultantes deste sistema complexo.

Com base no que foi exposto, a realização deste estudo, na referida UTIN, buscou respostas à seguinte questão de pesquisa: Como os enfermeiros experienciam o cuidado no seu ser e fazer em uma UTIN?

## **2 OBJETIVO**

Ancorada ao paradigma da complexidade, realizou-se este estudo de modo a contribuir na compreensão de novos significados para o cuidado de enfermagem com base no seguinte objetivo:

- Compreender o significado do ser e do fazer o cuidado para os enfermeiros em uma UTIN de um hospital geral do sul do Brasil, construindo um modelo teórico explicativo.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Aborda-se neste capítulo o cuidado em enfermagem, incluindo suas particularidades em neonatologia, a fim de buscar uma aproximação com as práticas atuais de cuidado.

#### 3.1 CUIDADO EM ENFERMAGEM

O cuidado, nas suas mais variadas formas de expressão, deve ser considerado a mola propulsora no sistema de produção de serviços na Enfermagem, mesmo que apreendido na sua forma visível/invisível, concreta/abstrata, dinâmica/estática, singular/plural, frágil/forte e/ou navegando num claro/escuro, certeza/incerteza (KLOCK et al., 2007).

Na Enfermagem evidencia-se, crescentemente, a inquietação e a incessante busca pelo desenvolvimento de novas práticas reflexivas, capazes de conduzir a uma revisão na mentalidade e nos valores sociais que dizem respeito à multidimensionalidade do ser humano (KLOCK et al., 2007).

O cuidado, como prática profissional, vem sendo aprimorado e tem influenciado crescentemente a teoria, a pesquisa, a prática e a educação de enfermagem (KLOCK et al., 2007).

O enfermeiro possui um papel essencial nas múltiplas interfaces do cuidado que acontecem nos micro-espacos do cotidiano hospitalar. É o enfermeiro que, na maioria das vezes, articula os processos de trabalho interagindo com todos os profissionais da saúde e não raramente coordenando a organização desses (KLOCK et al., 2007).

Nas suas diversas aplicabilidades, “o cuidado contém como elemento intrínseco a relação pessoa-pessoa e está presente na vida humana, no seu processo vital, nas condições naturais e sociais do pré-conceber, nascer, crescer, desenvolver, envelhecer e morrer/transcender. O cuidado é entendido como processo provedor e protetor da vida” (ERDMANN, 1996).

### 3.2 CUIDADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Podemos perceber que o cuidar permeia todas as esferas do ser humano, participa de todos seus momentos de vida e experiências. Participa do “desabrochar da vida, da vida que luta, da vida que se apaga, da vida que ressurg... (...) Vida da mãe que traz ao mundo, do recém-nascido que se afirma” (COLLIÈRE, 2003).

No que refere-se ao cuidado a crianças, os modelos de assistência sofreram grandes transformações através dos tempos, sobretudo nos últimos 50 anos. No início do século XX, impôs-se a instalação nas maternidades de berçários destinados a recém-nascidos face à alta taxa de mortalidade infantil por infecções e pela inexistência de equipamentos e recursos adequados (PIZZATO; DA POIAN, 1988). Visavam o isolamento, “como medida preventiva, recomendando-se mínima manipulação do recém-nascido e proibição de qualquer visita, inclusive da mãe” (GORDON, 1984). Estes berçários “vieram a ser implantados no Brasil em 1945” (LOYOLA, 1983).

Entendo que, principalmente no que se refere ao cuidado prestado em UTIN, este cuidado assume dimensões singulares desde a implantação destes berçários, até os dias atuais, uma vez que a vida do bebê prematuro depende, sobretudo, da assistência prestada pelo profissional de enfermagem.

No processo de trabalho em unidades neonatais, o bebê pré-termo vai sendo compreendido sob diferentes formas, em cada momento histórico, porque há uma relação dialética entre o conhecimento, os instrumentos e as necessidades, que vão se reconstruindo. Então as necessidades anteriores, como manutenção e recuperação da funcionalidade orgânica, através do uso de tecnologias dirigidas ao controle das funções cardio-respiratórias e da termorregulação, com finalidade de redução da mortalidade, transformam-se, gradativamente, no próprio processo de recomposição das práticas, ao longo da história, e conforme a tecnologia avança, ocorrem transformações e o aparecimento de outras necessidades. Portanto, na atenção ao prematuro, com o aumento da sobrevivência, outras formas de atendimento surgiram como o afeto, o vínculo, o acolhimento, o desenvolvimento integral da criança e da família, a assistência multiprofissional, o seguimento a longo prazo, a desospitalização, dentre outras (SCOCHI, 2000).

Na assistência aos recém-nascidos pré-termo, Oliveira et al. (2002) enfatiza alguns aspectos que devem ser observados, como:



- pensar e agir intensivamente (rapidamente e concentradamente), pois a possibilidade de mortes e seqüelas graves geralmente são grandes;
- acompanhar o recém-nascido de perto e continuamente;
- prever as dificuldades que possam surgir e adotar planos de conduta de acordo com as possibilidades e com a gravidade das condições do bebê;
- humanizar a assistência ao recém-nascido e sua família;
- ordenar os procedimentos técnicos segundo rotinas pré-estabelecidas, que poderão ser modificadas conforme as necessidades ocasionais;
- em todos os recém-nascidos – especialmente nos que se encontram abaixo de 1.500 gramas, 32 semanas de idade gestacional e que estão submetidos à oxigenioterapia – fazer sempre oximetria e, se possível, medição da pressão de oxigênio (paO<sub>2</sub>);
- é muito importante evitar a hipotermia, mantendo em incubadora;
- a prevenção de infecções é importantíssima nestes recém-nascidos frágeis, exigindo-se a máxima assepsia em seu manuseio, sobretudo cuidadosa lavagem das mãos.

Em virtude das condições das pessoas internadas em UTI, este setor se diferencia dos demais também por ser fechado, estressante e de maior complexidade. Além disso, requer profissionais especializados em constante treinamento. O trabalho em UTI deve focar não apenas a competência para manusear a tecnologia utilizada para o tratamento, mas a qualificação dos profissionais para lidar de maneira mais humana com os indivíduos que ali se encontram (MARTINS; FARIA, 2002).

Este ambiente tão tecnicista não tem o objetivo de eliminar os cuidados, mas “de propiciar tempo para que os cuidadores permaneçam perto do paciente, olhando-o, tocando-o, dialogando com ele e até velando seu sono tranquilo, enquanto monitores fornecem os dados vitais” (COSTENARO, 2001), pois “o meio ambiente estressante, barulhento e com iluminação excessiva da UTIN predispõe o bebê a desenvolver complicações clínicas, apnéia e deficiência nutricional, entre outras” (PERLMAN, 2001).

As UTIs, em geral, possuem uma rotina permeada de incertezas, instabilidade, imediatismo e variabilidade, podendo ser geradoras de estresse aos profissionais (PASCHOA et al., 2007). Exigem a atuação de profissionais comprometidos e capacitados, em constante atualização, conciliando a competência, agilidade e destreza técnica com sensibilidade a perceber as necessidades individuais de cada neonato, bem como acolher a família, com seus anseios, incertezas e inseguranças.

Além disso, enfrenta cotidianamente situações adversas como agravo da saúde destes

bebês, seqüelas em decorrência a fragilidade e imaturidade, e, que muitas vezes, geram o óbito, emergindo um grande sofrimento familiar, refletido no sofrimento dos profissionais de enfermagem, evidenciando um sofrimento psíquico e físico.

Rolim e Cardoso (2006, p.86) ressaltam que:

A atenção ao recém-nascido deve ser estruturada e organizada, pois este faz parte da população sujeita a riscos. A assistência, portanto, não deve ser direcionada somente para condutas técnicas operacionais, mas também para uma tecnologia associada ao acolhimento, desenvolvendo uma visão esclarecedora, que vem do “olho do coração” do cuidador para o ser que está sendo cuidado em sua integralidade, respeitando sua individualidade.

Dentro destas características, percebo uma lacuna no que se refere ao conhecimento das adversidades enfrentadas por estes profissionais tais como: como lidam com as condições de trabalho, como se percebem no cuidado que prestam e julgam sua importância neste cuidado prestado a um ser tão único, singular e frágil.

Portanto, concordo com Machado e Jorge (2005, p.198), quando ressaltam que,

Todas as colocações em relação a postura do profissional de saúde que trabalha em UTIN são extremamente pertinentes para que haja qualidade no atendimento prestado. Entretanto, torna-se importante conhecer também as necessidades desses profissionais no âmbito do seu ambiente de trabalho.

Existem diversas nuances que precisam de um olhar especial. Um olhar mais cuidadoso sobre como o profissional de enfermagem em UTIN manifesta seus sentimentos, e como lida com eles, uma vez que se trata de um profissional que pensa, sonha, que vibra com a recuperação de cada bebê, que divide junto com os pais o cansaço das longas internações. Como experienciam estas vivências, que diversas vezes vão além do seu ambiente de trabalho, sendo partilhadas em casa com seus familiares, com seus colegas fora do horário de trabalho? Um envolvimento que transcende os limites da unidade e afeta sua vida pessoal, sua saúde mental.

Acredito, conforme resalta Paschoa et al. (2007) que,

A melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem pode favorecer a instituição na medida que indivíduos satisfeitos podem melhorar sua produtividade e qualidade do ponto de vista profissional, revertendo, portanto, em melhoria da qualidade da assistência prestada.

A preocupação exclusiva com a sobrevivência, sobre a qual o trabalho em saúde concentra-se no domínio da doença, expandiu-se de modo a considerar não somente os aspectos quantitativos, orgânicos, fisiológicos, mas também a qualidade de vida. Na assistência ao prematuro, a preocupação com a qualidade de vida determinou a busca de um atendimento individualizado e direcionado ao desenvolvimento integral do bebê e da família. Os pais, em especial a mãe, foram inseridos no processo de cuidar, visando o fornecimento de estímulos sensoriais ao neonato e o estabelecimento do vínculo e apego, além do seu preparo para o cuidado domiciliar do filho (COSTA, 2005).

Desta forma, evidencia-se que além de habilidades técnicas, focadas na busca atualizada de conhecimento científico sobre o atendimento ao bebê prematuro, o profissional de saúde, em especial da enfermagem, reorganiza sua maneira de cuidar, incluindo fatores como prestar um atendimento individualizado e inserir os pais no cuidado no ambiente de UTIN.

Assim, o pai e a mãe foram inseridos no processo de trabalho, tendo em vista o fornecimento de estímulos sensoriais ao neonato, ao estabelecimento do vínculo e apego, além do preparo para o cuidado domiciliar melhorando a qualidade de vida do bebê e da família (SCOCHI, 2000).

Somado a esta mudança no processo de trabalho em UTIN, Oliveira et al (2006, p.106) afirmam que:

A equipe de saúde que trabalha na UTIN é confrontada diariamente com questões relacionadas à morte, utilizando muitas vezes de mecanismos de defesa para evitar o confronto com a angústia, gerada pela participação do sofrimento do paciente, podendo causar, se não trabalhado adequadamente, o estresse, o sofrimento psíquico.

A mesma autora atenta que para o trabalho não se torne mecanizado e desumano, é necessário que os profissionais estejam instrumentalizados para lidar as situações do cotidiano, recebendo auxílio psicológico e aprendendo a administrar sentimentos vivenciados na prática assistencial.

Percebendo o ambiente de UTIN como sendo único, singular/plural, que passa atualmente por um processo de desorganização/reorganização do processo de trabalho, palco de diversas formas de interações positivas/negativas, justifica-se olhar para o enfermeiro, compreendendo como este exerce sua prática dentro deste sistema.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

Na busca de melhor perceber, compreender e sustentar a formulação das perguntas de pesquisa elaboradas neste trabalho, que possui como foco o cuidado experienciado no seu ser e fazer, enquanto profissionais de uma UTIN, optou-se pelo pensamento complexo como subsídio para este estudo.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, caminhando por uma investigação que abrange significados, interações e valores, nas quais todas as dimensões humanas – individuais e sociais, são fundamentais e relevantes para aprofundar/ampliar a compreensão do objeto deste estudo.

O pensamento complexo, no contexto da UTIN, surge como um convite e motivação para pensar, buscando novas propostas, incomodando, instigando, trazendo para o visível as inter-relações, retroações e associações entre as partes e o todo.

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

### 4.1 O PENSAMENTO COMPLEXO

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

Em 1977, Edgar Morin publica o livro intitulado “Método 1 – a natureza da natureza”,

discorrendo sobre a ordem, a desordem e a organização e da complexidade da natureza à natureza da complexidade.

Atualmente, Edgar Morin é considerado um dos principais pensadores sobre a complexidade. Autor de mais de trinta livros, entre eles: *O método* (6 volumes), *Introdução ao pensamento complexo*, *Ciência com consciência* e *Os sete saberes necessários para a educação do futuro*.

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

Mas, afinal, o que pode ser descrito acerca da complexidade? De acordo com Morin (1977, 1986, 1999, 2002, 2003, 2006, 2007), a complexidade é um fenômeno quantitativo, isto é, um fenômeno que possui uma quantidade extrema de interações, associações e interferências estabelecidas entre um grande número de possibilidades. Compreende, porém, não só grandes quantidades de interações e unidades que desafiam nossas possibilidades de cálculo, mas também incertezas, indeterminações e fenômenos aleatórios.

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

- Princípio sistêmico ou organizacional, que liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, sendo este igualmente, menos que a soma das partes, cujas qualidades são inibidas pela organização do conjunto.
- Princípio hologrâmico, que põe em evidência este aparente paradoxo das organizações complexas, em que não apenas a parte está no todo, como o todo está inscrito na parte. Assim, cada célula é uma parte de um todo – o organismo global –, mas também o todo está na parte: a totalidade do patrimônio genético está presente em cada célula individual; a sociedade está presente em cada indivíduo, enquanto todo, através de sua linguagem, sua cultura, suas normas.
- Princípio do circuito retroativo, que foi introduzido por Norbert Wiener, permite o conhecimento dos processos auto-reguladores. Rompe com o princípio da causalidade linear: a causa age sobre o efeito, e o efeito age sobre a causa.
- Princípio do circuito recursivo, que ultrapassa a noção de regulação com as de auto-

produção e auto-organização. É um circuito gerador em que os produtos e os efeitos são, eles mesmos, produtores e causadores daquilo que os produz. Os indivíduos humanos produzem a sociedade nas interações e pelas interações, mas a sociedade, à medida que emerge, produz a humanidade desses indivíduos, fornecendo-lhes a linguagem e a cultura.

- Princípio da autonomia / dependência (auto-eco-organização), onde os seres vivos são seres auto-organizadores, que não param de se autoproduzir e, por isso mesmo, despendem energia para manter sua autonomia. Como têm necessidade de retirar energia, informação e organização de seu meio ambiente, sua autonomia é inseparável dessa dependência; é por isso que precisam ser concebidos como seres auto-eco-organizadores. Vale especificamente para os humanos – que desenvolvem sua autonomia na dependência de sua cultura – e para as sociedades – que se desenvolvem na dependência de seu meio geológico.
- Princípio dialógico, que une dois princípios que na concepção tradicional, um excluiria o outro, mas que aqui são considerados indissociáveis numa mesma realidade. Desta forma, concebe-se uma dialógica ordem/desordem/organização desde o nascimento do universo.
- Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento, que opera a restauração do sujeito e revela o problema cognitivo central: da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, em uma cultura e época determinadas.

A complexidade oferece, portanto, uma nova forma de olhar e vislumbrar os sistemas que possuem comportamentos complexos (os quais muitas vezes rotulam-se por caos e desordem, porém através do olhar complexo, assumem formas incertas que remetem e convidam a adaptações – por isso a não-linearidade – e interações contínuas, permitindo assumirem uma conotação de incompletude).

Ao pensar em sistema de cuidados, podemos enxergá-lo como um coletivo constituído pela totalidade das práticas, das atitudes e do conhecimento dos vários profissionais que dão sustentação à dinâmica do cuidado. Atribui um novo significado às práticas de saúde, um olhar que compreende a complexidade das relações, das trocas e do próprio processo de cuidar, portanto não pode ser apreendido como algo pronto, estático e/ou como fim em si mesmo. Por caracterizar um movimento dinâmico e interativo, o fenômeno demanda um processo dialógico e reflexivo por parte dos profissionais de saúde, usuários, instituições e

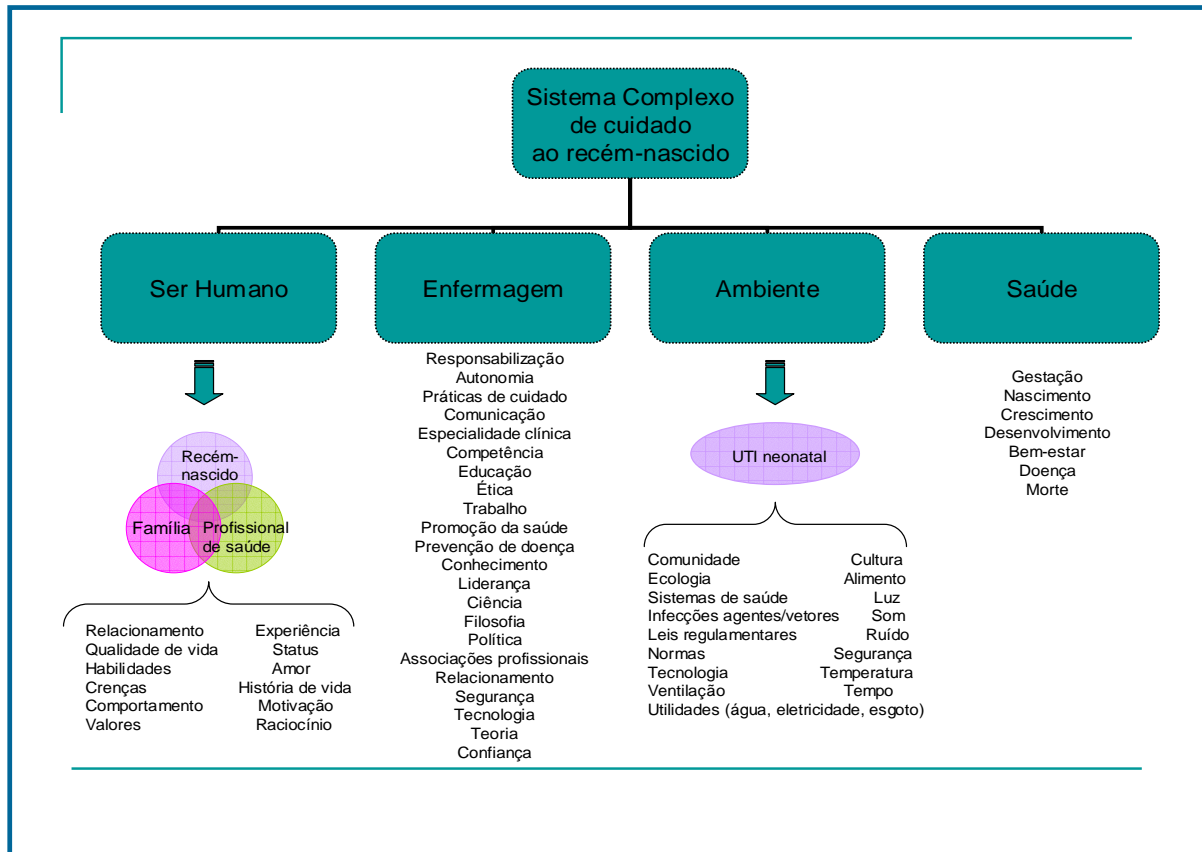
pesquisadores.

Para a compreensão e existência dos sistemas complexos, os relacionamentos tornam-se primordiais. O Sistema Complexo não apenas permite, ele propicia a troca entre os elementos que o compõem. Estes elementos (ou agentes) são independentes, mas interligados a outros agentes. Pode ser uma pessoa, uma célula ou uma organização e desta forma, as interligações são essenciais, pois permitem um vasto sistema de resposta adaptativa em um curso, proporcionando que as interconexões tornem o aprendizado e co-evolução possíveis.

O sistema de cuidado ao recém-nascido pode ser entendido como uma unidade complexa que liga, transforma, mantém ou produz acontecimentos, componentes e indivíduos. Engloba o Ser Humano, a Enfermagem, o Ambiente e a Saúde de um modo dinâmico e não-linear de interação, onde cada um desses termos contém os outros. Focalizar o sistema de cuidado desta forma significa produzir um conhecimento complexo em saúde neonatal, compreendendo o cuidado como sistema vital e dinâmico que implica na construção de redes não-lineares.

É importante que a organização deste sistema de cuidados busque sustentar-se na ação e no saber compartilhado dos vários profissionais e no trabalho em equipe que se expresse na cumplicidade da teia entre o recém-nascido, sua família e os profissionais de saúde.

Visualizando a UTIN como sistema complexo de cuidado, podemos perceber que a mesma contém subsistemas e que cada um, por sua vez, contém outros subsistemas sendo que todos exibem as propriedades do sistema complexo. Esquemáticamente, podemos pensar neste sistema complexo de cuidado, através da figura 1, inspirada em Chaffee e McNeill (2007):



**Figura 1:** Representação esquemática do sistema complexo de cuidado ao recém-nascido<sup>4</sup>

O ser humano é compreendido como um ser que revela dimensões ou aspectos de sua realidade humana, que são físicos, biológicos, psicológicos, sociais, mitológicos, econômicos, sociológicos e históricos. Tais aspectos cruzam-se, dispersam-se, recompõem-se conforme cada indivíduo, sua sociedade, seu momento, aumentando a diversidade humana e onde suas reações, muitas vezes imprevisíveis, influenciam todo o sistema, e a interligação se faz presente.

É preciso reconhecer que, potencialmente, todo ser humano é não apenas ator, mas autor, capaz de cognição/escolha/decisão, inserido num contexto social/cultural que o envolve, transforma e que também é transformado por ele (MORIN, 2006).

Nesta investigação, o ser humano em evidência é o enfermeiro que atua em UTIN e suas relações. Relações orientadas por valores e experiências de vida, habilidades, raciocínio, motivação, crenças, entre outros.

<sup>4</sup> Esta representação esquemática foi criada pelas alunas Mariana Vieira, Patricia Klock e Roberta Costa em um estudo sobre sistemas complexos de cuidado, na disciplina de Administração em Enfermagem do PEN/UFSC.



Compreender este ser humano, um ser do cuidado, cognoscente, construtor do futuro, que aprende a estabelecer estruturas sociais, políticas e econômicas mais orgânicas e flexíveis implica avançar na concepção de novas práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo: auto-organizador, dialógico, plural, interconectivo e potencializador das ações de cuidado (ERDMANN et al., 2006, p.484).

Perante a experiência de ser e fazer o cuidado surge a oportunidade de manifestação do inesperado e, portanto, o ser humano revê/reformula/repensa suas teorias e idéias, sejam elas pessoais ou profissionais, ao invés de deixar o fato novo ser imposto neste ambiente de trabalho. Tal experiência proporciona uma ligação entre unidade e multiplicidade, onde suas predisposições hereditárias, determinações familiares, culturais, históricas, acontecimentos ou acidentes pessoais limitam-nas, inibindo seu exercício, ou então estimulam sua inteligência.

O enfermeiro em UTIN, sob a ótica do sistema complexo de cuidado, é um profissional que atua de forma autônoma, porém em conjunto, assumindo um olhar sensível e multidimensional para as diferentes realidades e situações que se apresentam no dia-a-dia. Um olhar, portanto, capaz de apreender e compreender as infinitas possibilidades que envolvem o cuidado como um sistema complexo. Mesmo que estes profissionais sejam autônomas e com diferentes pensamentos, os mesmos interagem, trocam experiências entre si, interconexões estas fundamentais para o aprendizado e expansão dos variados sistemas que os compõe, e conseqüentemente para a evolução de um sistema complexo maior – a saúde, local este onde se encontra inserido o serviço de enfermagem.

A enfermagem em UTIN possui como característica relevante em um sistema complexo a *não-linearidade*, onde os efeitos de uma ação, além dos resultados esperados, propagam-se em diferentes ambientes e contextos. Uma ação simples de enfermagem, como o procedimento de higienização e conforto do bebê, que muitas vezes mostra-se como irrelevante para alguns profissionais, acaba resultando em uma variedade de ações subseqüentes, como o entendimento dos pais de que a equipe importa-se com o bem-estar de seu filho, tanto quanto possui habilidade técnica para cuidar dele.

A enfermagem, neste estudo, é um sistema complexo, atuante no individual e no coletivo, nas ações de cuidado/descuidado do ser humano, buscando autonomia, assumindo e compartilhando responsabilidades, de forma ética. Suas atitudes baseiam-se em relacionamentos/interações entre os agentes, através da comunicação, da busca de conhecimentos, embasamento teórico, entre outros fatores, a exemplo dos profissionais de enfermagem de um mesmo sistema (UTIN), assim como, com os demais sistemas do qual faz

parte (como por exemplo o centro obstétrico, emergência pediátrica e alojamento conjunto).

Geralmente o ambiente de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) “possui uma rotina permeada de incertezas, instabilidade, imediatismo e variabilidade” (PASCHOA et al., 2007, p.306). Obedece e segue ordens, rotinas em seu cotidiano, ao mesmo tempo em que se constitui em um lugar onde nascem encontros aleatórios, entregues a situações de ordem/desordem/interações/organização.

A UTIN influencia e é influenciada pelas diferentes culturas, normas, leis, tecnologias que a compõe. Ora ambiente que acolhe, que traz a luz a recuperação de um recém-nascido, o milagre da (sobre)vivência e com ela o sentimento de vitória da equipe profissional, ora ambiente que incomoda, em que a inquietação se faz presente, os ruídos predominam, a insalubridade assume o comando.

O ambiente de UTIN constitui-se de um verdadeiro laboratório, um sistema complexo adaptativo, no qual, no tempo e no espaço, serve de palco para constantes e significativas experiências, aliando concepções científicas com fontes de reflexões.

A saúde, sendo parte deste sistema complexo de cuidado, traz o movimento de circularidade entre as partes e o todo de forma não-linear, através de interações entre si e com o ambiente, considerando as dimensões do estado de saúde do ser humano, que estão vinculadas às condições de alimentação, habitação, trabalho, transporte, emprego, educação, renda, meio ambiente, lazer, acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2006d).

O estado de saúde pode modificar e até mesmo transformar o modo de experienciar a vida, através das particularidades de cada gestação/gestante, do nascimento, do crescimento, do desenvolvimento, do agravamento da doença e a vivência da morte. O modo de como acontecem estas interações, influenciará, sob diferentes formas, o ambiente da UTIN, bem como nos demais serviços de saúde a nível hospitalar, como o serviço de psicologia, serviço social, laboratório e farmácia.

## 5 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Para nortear o estudo do fenômeno a ser pesquisado é de suma importância escolher um método de investigação coerente com os objetivos do estudo, conferindo rigor e qualidade, induzindo credibilidade aos resultados obtidos.

Tendo em vista a proposta do estudo, optou-se pelo método qualitativo, indo ao encontro da especificidade e particularidade do tema proposto, o qual segundo Minayo (2006) “trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos ou fenômenos, que não podem ser reduzidos a operacionalização das variáveis”.

A pesquisa qualitativa “pode-se referir à pesquisa sobre a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.23). Pode ser usada para obter detalhes intrincados sobre fenômenos como sentimentos, processos de pensamentos e emoções que são difíceis de extrair ou de descobrir por meio de métodos de pesquisas do tipo quantitativo. Basicamente, possui três componentes principais, conforme a figura 2:



**Figura 2:** Componentes da pesquisa qualitativa

Assim, para atender aos objetivos da investigação, a pesquisadora encontrou na “Teoria Fundamentada nos Dados” a opção metodológica para guiar a coleta, a análise dos dados e a compreensão do cuidado experienciado no ser e fazer enquanto enfermeiros no contexto da UTIN.

## 5.1 TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

A *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) é um método de investigação qualitativa que permite a geração de teorias a partir dos dados investigados, analisados e comparados de maneira sistemática e concomitante. A TFD é uma metodologia idealizada por Barney GLASER e Anselm STRAUSS, sociólogos norte-americanos. Nela, o conhecimento é construído a partir da interação social, de informações e da compreensão da atividade e da ação humana nos diferentes espaços. Os conceitos são a base de análise dessa metodologia. Os procedimentos utilizados visam identificar sistematicamente os dados, relacionando-os, para que haja relevância teórica e metodológica (LACERDA, 2000, BETTINELLI, 2001).

O processo para compor a amostra, denomina-se, nesse processo, Amostragem Teórica. Os grupos de informantes ou situações vão sendo selecionados, progressivamente, para integrarem a amostra. A saturação dos dados ocorre quando começa a repetição de informações. Vale salientar a importância da coleta de informações junto ao grupo de sujeitos e situações com características diferentes, para enriquecer e fortalecer a base teórica (ALVAREZ, 2001).

Os pressupostos para a utilização dessa teoria, segundo Glaser e Strauss (1967), são os seguintes:

- a) toda experiência humana é um processo que se encontra em constante evolução;
- b) a construção da teoria inclui abordagem dedutiva e indutiva;
- c) devem existir vários grupos amostrais, os quais são comparados entre si ao longo do estudo, e darão origem aos conceitos da amostragem e à saturação categorial.

Na TFD o conhecimento é construído a partir da interação social, de informações e da compreensão da atividade e da ação humana nos diferentes espaços. Os conceitos são a base de análise desse método. Tal teoria está voltada para o conhecimento da percepção e/ou do

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

A TFD possui um processo de análise comparativa constante, em que o investigador, ao comparar incidente com incidente nos dados, estabelece categorias conceituais que servem para compreender o evento estudado. (CHARMAZ, 2006; GLASER, 1978; 2005; STRAUSS, 1987; STRAUSS; CORBIN, 1994; 1998; 2002; 2008). O processo de análise é dinâmico e criativo, no qual o investigador através dos dados coletados interessa-se em gerar a teoria e, dessa forma, construir um conhecimento baseado na experiência dos próprios sujeitos. Trata-se de um movimento de ir e vir aos dados, formulando perguntas e hipóteses, que servem de suporte para o desenvolvimento de estruturas teóricas sobre os conceitos construídos e suas relações. A TFD é um estilo de análise com suporte ontológico, epistemológico e metodológico cuja premissa é a de construir uma teoria com vários níveis de generalização para obter um conhecimento mais profundo do objeto investigado. (HUTCHINSON, 1998).

## 5.2 LOCAL DA PESQUISA

O desenvolvimento desta pesquisa aconteceu na UTIN de um Hospital Geral do sul do Brasil.

A maternidade, na qual a referida unidade está inserida, possui 117 leitos, incluindo os seguintes setores/unidades: ginecologia e triagem obstétrica, centro obstétrico (CO), alojamento conjunto (AC), Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM), lactário, unidade de neonatologia e o hotelzinho. Este último destina-se a receber puérperas mães de recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso ao nascer, com alta obstétrica, cujos filhos permanecem internados na unidade neonatal. Destaca-se por adotar desde sua inauguração, uma filosofia diferenciada criada por uma equipe interdisciplinar, baseada em pressupostos humanísticos. A maternidade em questão preconiza que:

Em se prestando assistência, se ensina. É direito de toda mulher – recém-

nascido (RN) – família, no processo de gravidez, parto e puerpério, receberem atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais. A atenção à saúde da mulher visa o ciclo grávido – puerperal, considerando a gravidez como processo e não como um evento. Na atenção à saúde da mãe, RN e família, na gravidez, parto e puerpério, considera-se a importância do papel do pai, sua presença e participação. O sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento de laços mãe-família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação à saúde dos elementos mencionados. A equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher – RN – família, deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado. As atividades de ensino, pesquisa e extensão realizadas pela equipe interdisciplinar ligadas à saúde mãe – família, devem refletir atitudes de respeito ao ser humano e reverter em benefício de uma melhor assistência. A equipe deve exercer papel atuante na educação da mulher/acompanhante e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos de saúde e planejamento familiar. Todo pessoal deve ter qualificação, treinamento e supervisão continuadas, específicas, para prestação da assistência a que tem direito a mãe, RN e a família. A parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos ou as rotinas terão flexibilidade suficiente para toda e quaisquer exceções ou serão adaptadas após a geração do fato. O desenvolvimento de atividades será de forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade ou com ela se relacionem. A mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde (SIEBERT, 2004, p. 14-15).

Pressupostos estes, que estão de acordo com a proposta de atenção humanizada ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso – Método Mãe-Canguru, regulamentada pelo Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2000). Em decorrência disso, a maternidade em questão foi credenciada pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência da região Sul do Brasil.

A UTIN, criada em outubro de 1995, conta com um total de 16 leitos, sendo 6 de cuidados intensivos, 6 de cuidados intermediários e 4 de cuidados mínimos. Conta com uma equipe de 8 enfermeiras, 36 técnicos/auxiliares de enfermagem e 11 neonatologistas, além de dispor de serviços de fonoaudiologia, psicologia, nutrição e assistência social.

### 5.3 PARTICIPANTES DA INVESTIGAÇÃO

Os participantes deste estudo foram os sujeitos relacionados ao fenômeno estudado: 06 enfermeiras e 05 mães com filhos internados na UTIN.

Foram compostos grupos amostrais conforme se realizava a análise dos dados, identificando-se conceitos, criando-se categorias e suas conexões, visando atingir o objetivo proposto. Desta forma, os participantes do segundo grupo amostral foram selecionados mediante os dados que surgiram no primeiro grupo.

Visando a fidedignidade dos resultados, os critérios para compor este grupo foram: atuar na UTIN há pelo menos 06 meses e ter interesse em participar da pesquisa. O primeiro grupo foi composto por 06 enfermeiras, todas do sexo feminino, idade entre 29 e 44 anos, atuando na UTIN entre 06 meses a 08 anos.

Participaram do segundo grupo amostral 05 mães que estavam com seus filhos internados na UTIN. Possuíam idade entre 18 a 32 anos, casadas, com vínculo empregatício e era a primeira vez que vivenciavam a experiência de ter um filho prematuro. Apesar de todas serem casadas, os pais eram ausentes em virtude dos seus empregos.

Desta forma, o estudo envolveu um total de 11 participantes. Este número de participantes foi suficiente a partir do momento em que os depoimentos não trouxeram novas informações relevantes para a pesquisa, caracterizando assim a saturação teórica dos dados.

No quadro abaixo, descreve-se o número de participantes conforme o grupo amostral e pseudônimo atribuído:

<b>Grupo Amostral</b>	<b>Total de participantes</b>	<b>Participantes</b>	<b>Pseudônimo</b>
I	06	Enfermeiros	Edna/Elaine/Elisa/Estela/Eugênia/Eva
II	05	Mães com bebês internados na UTIN	Magali/ Maria/ Mariana/ Marta/ Milena

Fonte: pesquisa de campo, Florianópolis, 2009.

**Quadro 1:** Participantes da investigação, conforme grupo amostral

## 5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Para atender os critérios éticos, seguiram-se as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que prescreve a ética na pesquisa com seres humanos. Foram observados aspectos como solicitação de autorização à direção da instituição para a realização da pesquisa (Anexo I).

O projeto de pesquisa foi registrado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC sob o protocolo de número 368/08, obtendo aprovação em 15 de dezembro de 2008 (Anexo II).

Os participantes autorizaram sua participação voluntária após o esclarecimento do objetivo da pesquisa bem como a metodologia a ser adotada, tendo sido assegurado o direito de acesso aos dados, garantindo que a identidade de todos os participantes fosse mantida em sigilo bem como seu direito de retirar o seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices I e III).

Existiu ainda, o cuidado em esclarecer que não haveria conflitos de interesse, uma vez que a pesquisadora atua no setor em que foi realizado o estudo.

De modo a garantir o anonimato dos participantes, utilizaram-se pseudônimos para identificá-los no decorrer do texto. Assim, foram empregadas as iniciais dos nomes pela seqüência alfabética conforme grupo amostral e categoria (primeiro grupo amostral os nomes começam com E – enfermeira, no segundo grupo amostral iniciam com M – mães).

## 5.5 COLETA DE DADOS

Os procedimentos referentes à coleta dos dados foram realizados entre os meses de fevereiro a maio de 2009. Seguindo com rigor as preconizações propostas pela TFD, a coleta de dados se superpôs a de análise, ou seja, ambas as etapas ocorreram de forma concomitante. Assim que a gravação das entrevistas era transcrita pela pesquisadora, imediatamente passava-se à análise dos respectivos dados, prosseguindo-se o agendamento de novas entrevistas e transcrição de texto.

As entrevistas buscaram valorizar a escuta das falas dos participantes. O diálogo se



desenvolvia conforme as idéias surgiam, permitindo que o respondente compreendesse os conteúdos, evitando falas sobre assuntos de pouco interesse para a pesquisa. A pesquisadora preocupou-se em demonstrar disposição de ouvir, não filtrando dados por meio de hipóteses pré-concebidas ou vieses. Desta forma, ouvir e observar foram a base das entrevistas, para descobrir as expressões dos participantes com relação ao significado das práticas de cuidado em UTIN, suas preocupações, opiniões, vivências, enfrentamentos e maneiras de lidar com problemas, procurando perceber os conceitos emergentes, comparando constantemente as informações recebidas.

Os participantes decidiram o horário mais adequado para a realização da entrevista. A maior parte delas foi realizada na sala de reuniões da UTIN. No caso das mães dos bebês internados, realizou-se um encontro com todas juntas, mediante a solicitação delas, na sala onde permanecem, quando não estão junto ao filho na UTIN. Sempre se procurava um espaço agradável e tranquilo, de pouco ruído e com a menor possibilidade de interrupções.

A coleta dos dados foi feita por meio de entrevista aberta a partir de questões iniciais que objetivaram responder a questão de pesquisa: Como os enfermeiros experienciam o cuidado no seu ser e fazer em uma UTIN? As questões sofreram adaptações conforme o grupo de sujeitos e sua relação com o tema proposto. Os roteiros de entrevistas encontram-se nos Apêndices II e IV.

As entrevistas, com duração entre 12 a 30 minutos, foram gravadas através de gravador digital, convertidas em arquivos tipo *.wav*, armazenadas em CD e transcritas na íntegra pela pesquisadora, utilizando *Microsoft® Office Word*.

Na medida em que as entrevistas eram realizadas e transcritas, foram sendo inseridas no software *NVIVO*<sup>5</sup>, permitindo organização e classificação das informações coletadas.

## 5.6 ANÁLISE DOS DADOS

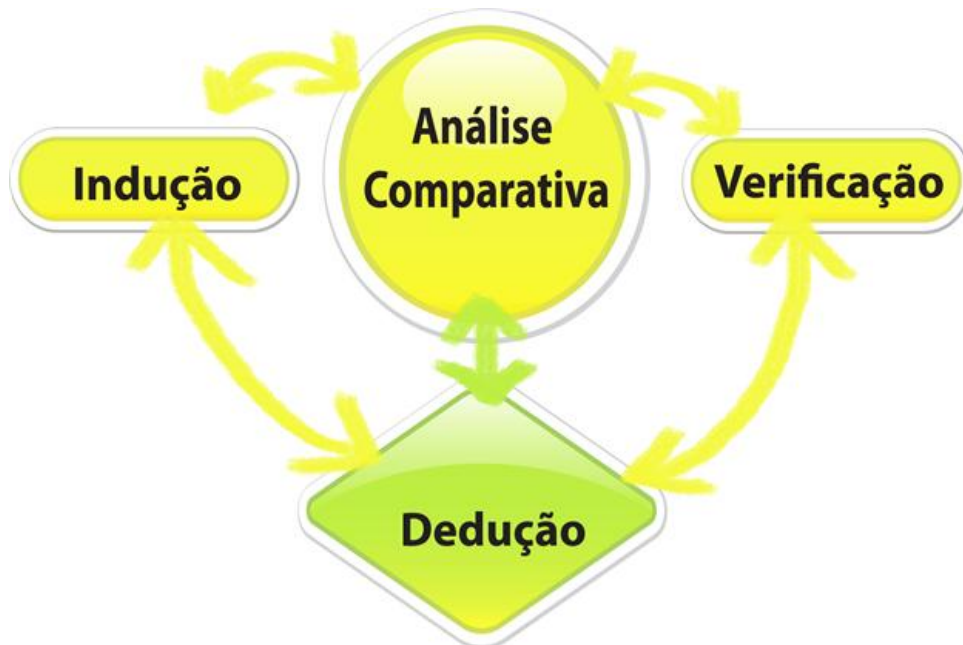
A estratégia metodológica utilizada para a análise dos dados foi a Análise Comparativa. Consiste no processo dinâmico em que os dados são coletados e constantemente comparados entre si, entre eles e os códigos, entre os códigos e os conceitos, entre os conceitos e as categorias. Para tanto, uma das qualidades/habilidades do investigador, ao

---

<sup>5</sup> Licença adquirida através de projeto de pesquisa financiado do GEPADES.

utilizar a TFD, é a sensibilidade teórica, que é a capacidade de atribuir significados aos dados. É a capacidade de entender e separar aquilo que é importante para o estudo, em um processo que permita um avanço no conhecimento (SOUSA, 2008).

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



**Figura 3:** Aspectos da Análise Comparativa que compõem a TFD.

## 5.7 CODIFICAÇÃO

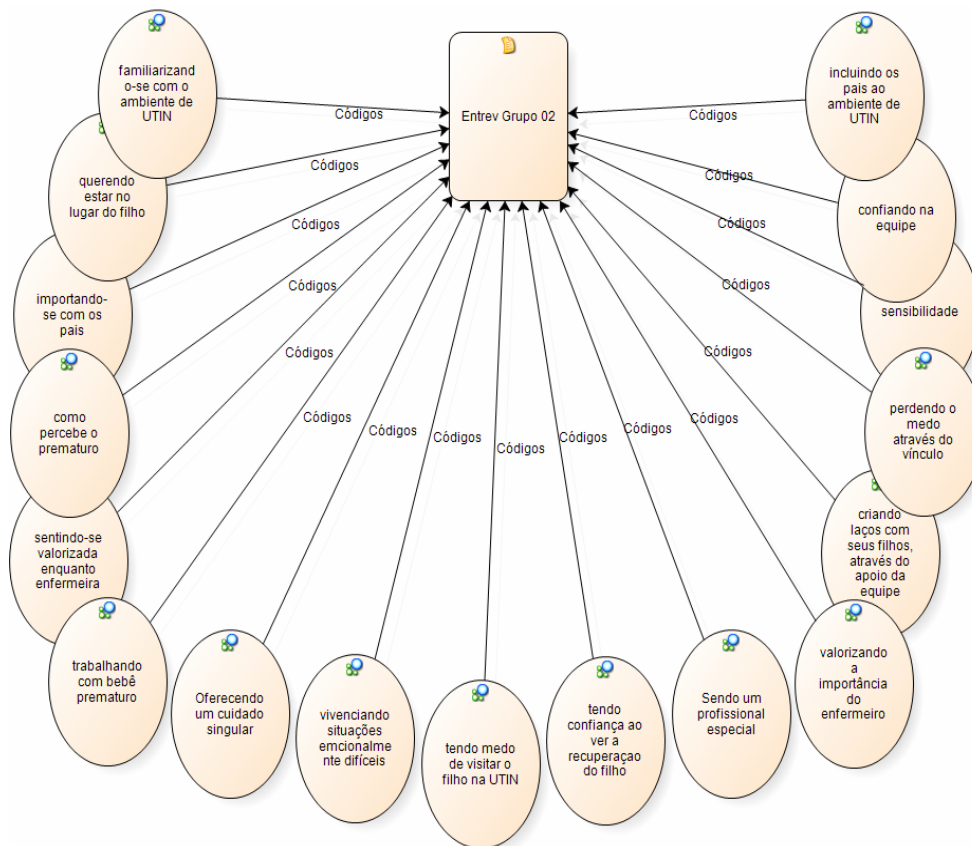
Tão logo iniciada a coleta de dados, procede-se a codificação ou análise dos mesmos. Segundo Strauss e Corbin (2008, p.17) codificação é “o processo analítico por meio do qual os dados são divididos, conceitualizados e integrados para formar a teoria”.

A análise substantiva dos dados foi feita através da codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva.

Ao iniciar a análise, realiza-se um exame microscópico dos dados, denominado **microanálise**. Consiste em uma análise linha por linha, necessária no começo de um estudo, para gerar as categorias iniciais e para sugerir relações entre as categorias. Requer, do pesquisador, que “aprenda a ouvir, deixando que os dados falem com ele” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.65).

O processo de análise inicial denomina-se *codificação aberta*, sendo um “processo analítico por meio do qual os conceitos são identificados e suas propriedades e dimensões são descobertas nos dados” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.103). Consistiu, portanto, em identificar e criar, a cada entrevista, os códigos preliminares, denominados *Nodos Livres* (o software foi configurado pela pesquisadora no idioma espanhol, uma vez que ainda não possui a opção de configurá-lo para o português disponível). Nesse processo, os procedimentos de codificação consistiram no desmembramento em partes dos dados.

A seguir, apresenta-se um exemplo das relações entre a entrevista do segundo grupo amostral e seus códigos preliminares, criadas pelo software:



**Figura 4:** Exemplo dos códigos preliminares emergentes do conteúdo do segundo grupo amostral.

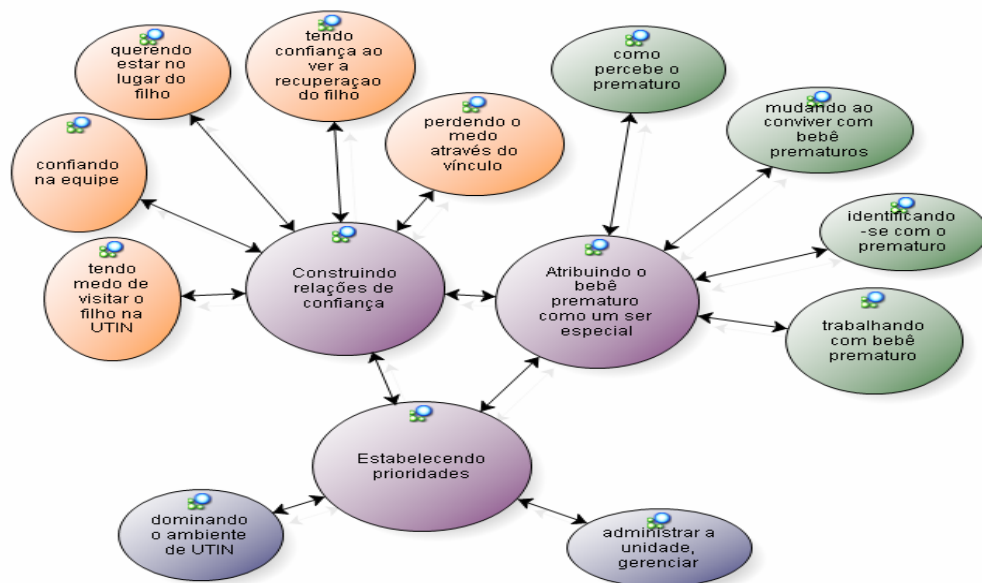
Dentro do software *NVIVO*, as subcategorias foram criadas como *Nodos ramificados*, e posteriormente exportadas para o *Microsoft® Office Excel*, exemplificada no quadro a seguir:

<b>Tipo</b>	<b>Nome</b>	<b>Criado em</b>	<b>Criado por</b>	<b>Modificado em</b>
Nodo ramificado	Considerando o bebê prematuro como um ser especial	30/6/2009 10:41	PATY	30/6/2009 10:41
Nodo ramificado	Atribuindo responsabilidades ao enfermeiro	30/6/2009 11:03	PATY	30/6/2009 16:35
Nodo ramificado	Buscando ampliar conhecimentos	29/6/2009 20:40	PATY	29/6/2009 20:40
Nodo ramificado	Colocando o enfermeiro como importante apoio	29/6/2009 21:05	PATY	29/6/2009 21:05
Nodo ramificado	Construindo relações de confiança	29/6/2009 18:19	PATY	29/6/2009 18:19
Nodo ramificado	Embutindo valores pessoais na prática profissional	05/6/2009 8:53	ALE2	29/6/2009 20:39
Nodo ramificado	Encontrando especificidades em UTIN	29/6/2009 20:40	PATY	29/6/2009 20:40
Nodo ramificado	Encontrando realização profissional	05/6/2009 8:53	ALE2	29/6/2009 20:37
Nodo ramificado	Estabelecendo prioridades	29/6/2009 20:39	PATY	29/6/2009 20:39
Nodo ramificado	Identificando modos de enfrentamento	30/6/2009 11:04	PATY	30/6/2009 11:04
Nodo ramificado	Individualizando o cuidado	29/6/2009 20:39	PATY	29/6/2009 20:39
Nodo ramificado	Inserindo os pais nas rotinas e cuidado	05/6/2009 8:53	ALE2	29/6/2009 20:38
Nodo ramificado	Lidando com questões emocionalmente difíceis	30/6/2009 10:45	PATY	30/6/2009 10:45
Nodo ramificado	Mantendo relações intensas em ambiente fechado	30/6/2009 10:52	PATY	30/6/2009 10:52
Nodo ramificado	Oferecendo um cuidado permeado pela sensibilidade	29/6/2009 20:54	PATY	29/6/2009 20:54
Nodo ramificado	Percebendo a presença de conflitos	29/6/2009 21:07	PATY	29/6/2009 21:07
Nodo ramificado	Reavaliando e questionando rotinas	29/6/2009 20:39	PATY	29/6/2009 20:39
Nodo ramificado	Sentindo necessidade do encontro entre teoria e prática	29/6/2009 20:41	PATY	29/6/2009 20:41
Nodo ramificado	Valorizando a presença dos pais no cuidado	05/6/2009 8:53	ALE2	29/6/2009 20:38

Fonte: pesquisa de campo, Florianópolis, 2009.

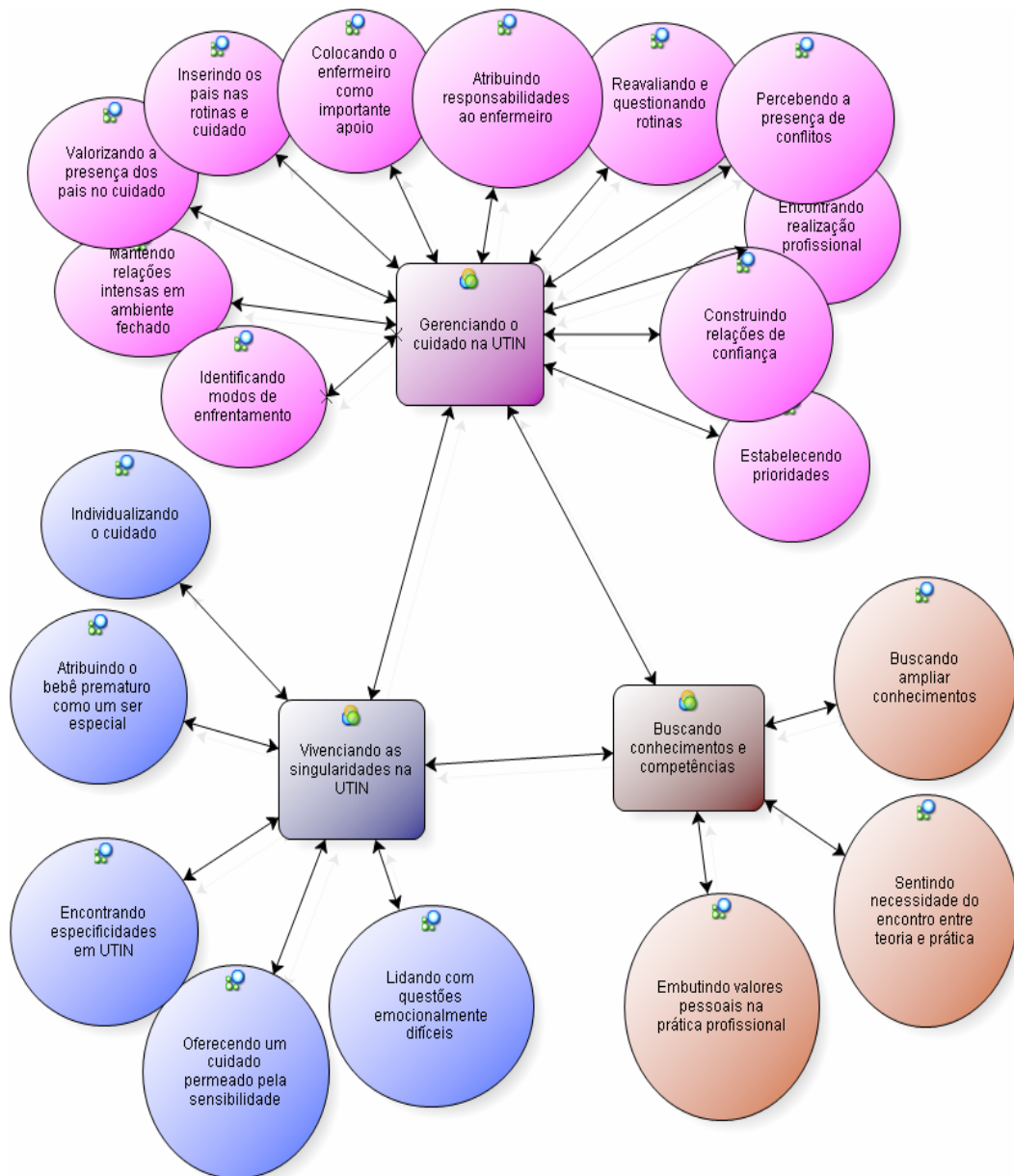
### **Quadro 2:** Subcategorias (nodos ramificados) emergentes na codificação axial

O agrupamento dos códigos surgidos ocorreu pela reunião em ramificações por similaridade e diferenças criando-se, então, as subcategorias:



**Figura 5:** Relação entre códigos preliminares e subcategorias.

Na codificação axial, os dados foram submetidos a procedimentos e atividades, de modo a criar novas conexões entre as categorias. Reagruparam-se os dados que foram divididos durante a codificação aberta, buscando indícios de como as categorias principais poderiam relacionar-se entre si, conforme ilustra a figura abaixo:

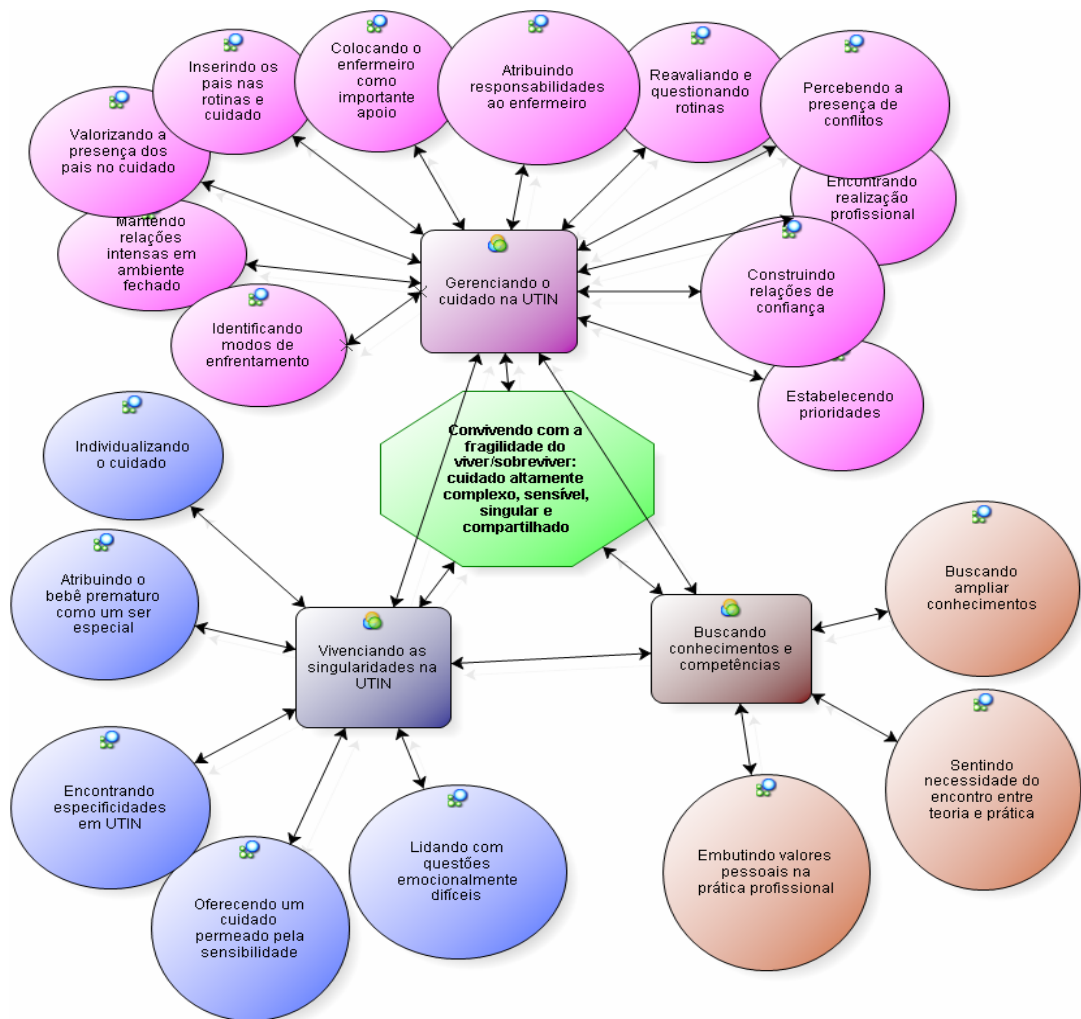


**Figura 6:** Agrupamento das categorias e suas subcategorias.

A *codificação seletiva*, por sua vez, tem por finalidade desenvolver a categoria central, relacionando-a com as outras categorias, pela análise sistemática. É o processo de selecionar o tema central do estudo, a partir das categorias emergentes no estudo (BETINELLI, 2001). Essa fase corresponde “ao processo de selecionar a categoria central, sistematicamente relacionando-a com outras categorias, validando aquelas relações e completando com categorias que precisam de um refinamento e desenvolvimento adicional” (STRAUSS; CORBIN, 1994, p. 116). O que dá à categoria central esse poder é a sua “capacidade de reunir

outras categorias para formar um todo explanatório. Portanto, é necessário um termo ou frase mais abstrata, sob a qual podem ser agrupadas todas as categorias” (STRAUSS; CORBIN, 2002; 2008).

A categoria central, portanto, considerando o exposto acima, emergiu das inter-relações feitas entre as categorias que surgiram neste estudo, ilustrada pela figura abaixo e denominada “Convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver: cuidado altamente complexo, sensível, singular e compartilhado”:



**Figura 7:** Relações entre a categoria central, categorias e subcategorias.

Desse processo, portanto, resultaram 19 (dezenove) subcategorias e 03 (três) categorias. A categoria central, desta forma, possibilitou integrar todas as demais categorias e

subcategorias, relacionadas de forma sistemática.

## 5.8 AMOSTRAGEM TEÓRICA

Consiste na coleta de dados “guiada pelos conceitos que vão surgindo no processo de investigação, através das comparações entre os dados, tendo como objetivo procurar locais, pessoas ou fatos que maximizem oportunidades de descobrir variações entre conceitos e de tornar densas categorias em termos de suas propriedades e de suas dimensões” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.195).

A amostragem teórica não é predeterminada antes do início da pesquisa, ela se desenvolve e é estipulada durante o processo. Baseia-se nos conceitos e hipóteses que surgem a partir da análise e que parecem ter relevância para o fenômeno de interesse do pesquisador.

## 5.9 SATURAÇÃO TEÓRICA

Segundo Strauss (1987), a saturação teórica ocorre quando análises adicionais não mais contribuem para descobrir algo novo sobre uma categoria. Quando isto ocorre se deixa de codificar os dados para aquela categoria. Strauss e Corbin (2002) afirmam que se pode considerar uma categoria saturada quando:

- Não haja dados novos importantes que pareçam emergir para alocar em uma categoria.
- A categoria está bem desenvolvida nas suas propriedades e dimensões.
- As relações entre as categorias estejam estabelecidas e validadas.

## 5.10 MEMORANDOS

Os memorandos são a externalização de idéias, por meio de registros escritos, sobre códigos e suas relações, levando ao nível mais abstrato conceitos que emergem do processo



de análise dos dados (GLASER,1978).

Ao elaborar memorandos, o pesquisador eleva os dados a níveis conceituais, desenvolve as propriedades de cada categoria, elabora hipóteses sobre conexões entre categorias e suas propriedades, começa a integrar essas conexões em conjuntos de categorias e situa a teoria emergente em relação a outras teorias potencialmente relevantes (GLASER,1978).

Os memorandos foram sendo elaborados desde o início da pesquisa, durante a coleta de dados e codificação dos mesmos. Auxiliaram na relação entre os códigos e na orientação da amostragem teórica, demonstrando possíveis lacunas na análise, auxiliando no direcionamento da pesquisa. Exemplo:

**MEMORANDO**  
**DATA: 03 DE JUNHO DE 2009**

*Situação: refletindo sobre como os valores e vivências pessoais influenciam no desenvolvimento de sensibilidade no cuidado em UTIN*

Percebo um outro olhar sobre valores e vivências pessoais. Neste caso, não de exposição de sentimentos, de envolvimento pessoal no aspecto profissional mas sim a influência dos valores de cada profissional norteando sua prática, sua sensibilidade, seu vínculo e sua identificação com o sofrimento e vitórias que os prematuro e sua família enfrentam. De que forma o que eu vivenciei na minha vida pessoal, interfere ou modifica meu trabalho?

A necessidade do resgate contínuo, permanente, do cuidado humanizado é uma constante. Sofrimentos e enfrentamentos de situações conflituosas carecem de uma atenção e intervenção especial do enfermeiro. Sente-se, neste momento, a falta de um suporte, de um serviço de apoio.

## **6 RESULTADOS**

Neste capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa, no formato de um manuscrito científico. O manuscrito, intitulado: CONVIVENDO COM A FRAGILIDADE DO VIVER/SOBREVIVER: cuidado altamente complexo, sensível, singular e compartilhado, apresenta os achados da pesquisa acerca do significado de ser e fazer o cuidado dos enfermeiros de uma UTIN de um hospital geral do sul do Brasil, sob sua ótica e a das mães de bebês internados nesta unidade.

## 6.1 MANUSCRITO 1: CONVIVENDO COM A FRAGILIDADE DO

VIVER/SOBREVIVER: cuidado altamente complexo, sensível, singular e compartilhado

Manuscrito submetido à Revista da Escola de Enfermagem da USP, apresentado conforme a Instrução para Autores da própria revista (Anexo III).

**CUIDANDO DO RECÉM-NASCIDO EM UTIN: Convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade.**

**CARING FOR NEWBORNS IN A NEONATAL ICU: Living with the fragility of living/surviving in the light of complexity.**

**CUIDANDO DEL RECIÉN NACIDO EN LA UCIN: Convivendo con la fragilidad de vivir/sobrevivir a la luz de la complejidad.**

Klock, Patrícia<sup>6</sup>

Erdmann, Alacoque Lorenzini<sup>7</sup>

**RESUMO:** Este estudo traz a criação de um modelo sobre o cuidado em UTIN a partir da compreensão do ser e fazer enquanto enfermeiro neste sistema complexo. Utilizou-se a Teoria Fundamentada nos Dados e o Paradigma da Complexidade na construção do Modelo Teórico: “CUIDANDO DO RECÉM-NASCIDO EM UTIN: Convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade”. Participaram 11 sujeitos. Utilizou-se entrevista aberta para coleta dos dados e foram organizados no software *NVIVO*<sup>®</sup>. Identificou-se a categoria central: “Convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver: cuidado altamente complexo, sensível, singular e compartilhado”. O cuidado em UTIN, valorizando as inter-relações cotidianas, busca atuar em todas as esferas do cuidado complexo em saúde, integrando e aplicando conhecimentos científicos. É necessário exercitar potencialidades já inatas dos profissionais de enfermagem e caminhar para o encontro de novas, um convite a novos modos de cuidar do neonato, sua família e os membros deste sistema complexo.

**Palavras-chave:** Recém-nascido, Prematuro, Neonatologia, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Enfermagem Neonatal.

**ABSTRACT:** This study deals with the elaboration of a model about the NICU care based on the comprehension of the human being and human actor as a nurse in this complex system. Was utilized the methodological reference of the Grounded Theory associated with Complexity Theory in the construction of the Theoretical Model: CARING FOR THE NEWBORN IN THE NICU: Living with the fragility of living/surviving in the light of complexity”. Was composed of 11 subjects. Open interviews were used in order to collect data and ordering in the *NVIVO*<sup>®</sup>. Identified the central category “Living with the fragility of

<sup>6</sup> Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES). Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). E-mail: [patynurse@hotmail.com](mailto:patynurse@hotmail.com)

<sup>7</sup> Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do PEN na UFSC. Pesquisadora 1A do CNPq. Coordenadora do GEPADES. E-mail: [alacoque@newsite.com.br](mailto:alacoque@newsite.com.br)

living/surviving: highly complex, sensitive, singular, and shared care”. NICU care value day-to-day relationships, it seeks to enact in the diverse spheres of complex health care, integrating and applying scientific knowledge. Research highlights that it is necessary to exercise already innate potential in nursing professionals and work towards finding others, a true invitation towards new perceptions for care for the newborn, his/her family, and the members of this complex system.

**Key words:** Newborn, Premature, Neonatology, Neonatal Intensive Care Units, Neonatal Nursing.

**RESUMEN:** El estudio trata sobre la creación de un modelo que aborda el fenómeno de la atención en la UCIN a partir de la comprensión del ser y del actuar como enfermero de este complejo sistema. Si utilizó la Teoría Fundamentada y el Paradigma de la Complejidad en la construcción del Modelo Teórico: "Cuidando del recién nacido en la UCIN: Conviviendo con la fragilidad de vivir/sobrevivir a la luz complejidad". Los participantes fueron 11 sujetos. Para la recolección de los datos se utilizó la entrevista abierta y fueron introducidos en el software NVIVO ®. Se pudo identificar la categoría central: "Conviviendo con la fragilidad de vivir/sobrevivir: un cuidado de alta complejidad, sensible, único y compartido". La atención en la UCIN, valoran la relación en su vida cotidiana, trata de operar en distintos ámbitos del cuidado complejo en salud, integrando y aplicando conocimientos científicos. La investigación destaca la necesidad de ejercer el potencial innato de los profesionales de enfermería y avanzar hacia el hallazgo de otras potencialidades; es una invitación a nuevas percepciones del cuidado del recién nacido, su familia y los miembros de este complejo sistema.

**Palabras claves:** Recién nacido, Prematuro, Neonatología, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Enfermería Neonatal.

## Introdução

A neonatologia é um campo recente e em constante desenvolvimento na área da saúde, seja pelo desempenho de atividades assistenciais ou de pesquisa, possuindo como foco o cuidado ao recém-nascido (RN).

Em decorrência dos avanços científicos e tecnológicos crescentes nesta área é possível constatar um significativo aumento da taxa de sobrevivência de recém-nascidos pré-termos e de baixo-peso<sup>8</sup>, resultando em uma mudança no perfil de mortalidade infantil. Esta nova realidade, portanto, remete a necessidade do aprimoramento e da atualização profissional, na perspectiva humanística, em especial para os profissionais que constituem a equipe de enfermagem neonatal. Traz, ainda, outros agentes complicadores, tais como o maior tempo de internação, com separação precoce e prolongada da mãe-filho-família, menor incidência e prevalência do aleitamento materno, maior exposição do neonato a complicações que cursam com graves seqüelas e maior demanda da atenção especial e de alto custo<sup>(1)</sup>.

<sup>8</sup> Recém-nascido de baixo peso: com peso inferior a 2.500g (WHO, 1961).

As UTIs, em geral, possuem uma rotina permeada de incertezas, instabilidade, imediatismo e variabilidade, podendo ser geradoras de estresse aos profissionais<sup>(2)</sup>. Exigem a atuação de profissionais comprometidos e capacitados, em constante atualização, conciliando a competência, agilidade e destreza técnica com sensibilidade a perceber as necessidades individuais de cada neonato, bem como acolher a família, com seus anseios, incertezas e inseguranças.

A equipe na UTIN, aqui em especial os enfermeiros, lida com situações emocionais difíceis. A fragilidade e sofrimento de um bebê prematuro extremo, a morte, sentimentos de ansiedade e insegurança por parte dos familiares são constantes em seu cotidiano profissional. Estes fatores são acompanhados, muitas vezes, por intercorrências que requerem, simultaneamente, habilidade técnica, conhecimentos específicos e atualizados, agilidade, sensibilidade e que podem, desta forma, gerar nestes trabalhadores estresse tanto físico como mental.

Dentro destas características, percebo uma lacuna no que se refere ao conhecimento das adversidades enfrentadas por estes profissionais tais como: como lidam com as condições de trabalho, como se percebem no cuidado que prestam e julgam sua importância neste cuidado prestado a um ser tão único, singular e frágil.

Portanto, todas as colocações em relação a postura do profissional de saúde que trabalha em UTIN são extremamente pertinentes para que haja qualidade no atendimento prestado. Entretanto, torna-se importante conhecer também as necessidades desses profissionais no âmbito do seu ambiente de trabalho<sup>(3)</sup>.

A UTIN, por ser um local que enfatiza os recursos materiais e a tecnologia, contribui para comportamentos automatizados, nos quais o diálogo e a reflexão crítica não encontram espaço, inclusive pelas situações contínuas de emergência, pela gravidade dos pacientes e pela dinâmica acelerada do serviço<sup>(4)</sup>.

Para o trabalho não se torne mecanizado e desumano, é necessário que os profissionais estejam instrumentalizados para lidar as situações do cotidiano, recebendo auxílio psicológico e aprendendo a administrar sentimentos vivenciados na prática assistencial<sup>(5)</sup>. Percebendo o ambiente de UTIN como sendo único, singular/plural, que passa atualmente por um processo de desorganização/reorganização do processo de trabalho, palco de diversas formas de interações positivas/negativas, justifica-se olhar para o enfermeiro, compreendendo como este exerce sua prática dentro deste sistema.

**Objetivo:**

Ancorada ao paradigma da complexidade, realizou-se este estudo de modo a contribuir na compreensão de novos significados para o cuidado de enfermagem com base no seguinte objetivo: Compreender o significado do ser e do fazer o cuidado para os enfermeiros em uma UTIN de um hospital geral do sul do Brasil, construindo um modelo teórico explicativo.

**Métodos:**

Trata-se de um estudo qualitativo, utilizando como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados ou *Grounded Theory* idealizada por Barney GLASER e Anselm STRAUSS<sup>(6)</sup>, sociólogos norte-americanos.

O desenvolvimento desta pesquisa aconteceu na UTIN de um Hospital Geral do sul do Brasil. A maternidade, na qual a referida unidade está inserida, possui 117 leitos, incluindo os seguintes setores/unidades: ginecologia e triagem obstétrica, centro obstétrico (CO), alojamento conjunto (AC), Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM), lactário, unidade de neonatologia e o hotelzinho. Este último destina-se a receber puérperas mães de recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso ao nascer, com alta obstétrica, cujos filhos permanecem internados na unidade neonatal.

A UTIN, criada em outubro de 1995, conta com um total de 16 leitos, sendo 6 de cuidados intensivos, 6 de cuidados intermediários e 4 de cuidados mínimos. Conta com uma equipe de 8 enfermeiras, 36 técnicos/auxiliares de enfermagem e 11 neonatologistas, além de dispor de serviços de fonoaudiologia, psicologia, nutrição e assistência social.

Os participantes deste estudo foram os sujeitos relacionados ao fenômeno estudado: 06 enfermeiras e 05 mães com filhos internados na UTIN.

Foram compostos grupos amostrais conforme se realizava a análise dos dados, identificando-se conceitos, criando-se categorias e suas conexões, visando atingir o objetivo proposto. Desta forma, os participantes do segundo grupo amostral foram selecionados mediante os dados que surgiram no primeiro grupo.

Visando a fidedignidade dos resultados, os critérios para compor este grupo foram: atuar na UTIN há pelo menos 06 meses e ter interesse em participar da pesquisa. O primeiro grupo foi composto por 06 enfermeiras, todas do sexo feminino, idade entre 29 e 44 anos, atuando na UTIN entre 06 meses a 08 anos.

Participaram do segundo grupo amostral 05 mães que estavam com seus filhos

internados na UTIN. Possuíam idade entre 18 a 32 anos, casadas, com vínculo empregatício e era a primeira vez que vivenciavam a experiência de ter um filho prematuro. Apesar de todas serem casadas, os pais eram ausentes em virtude dos seus empregos.

Desta forma, o estudo envolveu um total de 11 participantes. Este número de participantes foi suficiente a partir do momento em que os depoimentos não trouxeram novas informações relevantes para a pesquisa, caracterizando assim a saturação teórica dos dados.

Os aspectos éticos seguiram a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, obtendo-se aprovação em 15 de dezembro de 2008 junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC sob o protocolo de número 368/08.

Os procedimentos referentes à coleta dos dados foram realizados entre os meses de fevereiro a maio de 2009. Seguindo com rigor as preconizações propostas pela TFD, a coleta de dados se superpôs a de análise, ou seja, ambas as etapas ocorreram de forma concomitante. Assim que a gravação das entrevistas era transcrita pela pesquisadora, imediatamente passava-se à análise dos respectivos dados, prosseguindo-se o agendamento de novas entrevistas e transcrição de texto.

A coleta dos dados foi feita por meio de entrevista aberta a partir de questões iniciais que objetivaram responder a questão de pesquisa: Como os enfermeiros experienciam o cuidado no seu ser e fazer em uma UTIN? As questões sofreram adaptações conforme o grupo de sujeitos e sua relação com o tema proposto.

Na medida em que as entrevistas eram realizadas e transcritas, foram sendo inseridas no software *NVIVO*<sup>9</sup>, permitindo organização e classificação das informações coletadas. A estratégia metodológica utilizada para a análise dos dados foi a Análise Comparativa. Tão logo iniciada a coleta de dados, procede-se a codificação ou análise dos mesmos. A análise substantiva dos dados foi feita através da codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. Desse processo, portanto, resultaram 19 (dezenove) subcategorias e 03 (três) categorias.

A categoria central emergiu das inter-relações feitas entre as categorias que surgiram neste estudo, denominada “Convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver: cuidado altamente complexo, sensível, singular e compartilhado.

### **Resultados e Discussão:**

O fenômeno “Convivendo com a Fragilidade do Viver/Sobreviver: cuidado altamente

---

<sup>9</sup> Licença adquirida através de projeto de pesquisa financiado do GEPADES.



complexo, sensível, singular e compartilhado” foi estruturado pelas seguintes categorias: Buscando conhecimentos e competências; Gerenciando o cuidado na UTIN e Vivenciando as singularidades na UTIN. Cada categoria possui ainda suas respectivas subcategorias, que estão identificadas através do destaque em itálico.

### **Buscando conhecimentos e competências**

A categoria “Buscando conhecimentos e competências” revela, por parte dos enfermeiros, a necessidade de rever e ampliar saberes que subsidiem suas habilidades profissionais, conferindo respaldo ao desenvolver sua prática profissional e segurança na tomada de decisões. É composta pelas subcategorias *Buscando ampliar conhecimentos*, *Embutindo valores pessoais na prática profissional* e *Sentindo necessidade do encontro entre teoria e prática*.

O conhecimento do ser humano é permeado por aspectos biológicos, sociais, espirituais, culturais e históricos, o que implica considerar e valorizar tanto a vida humana quanto as relações sociais dos seres envolvidos na busca do mesmo.

Ao considerar, portanto, a importância do conhecimento no cotidiano de UTIN, identificou-se a subcategoria *buscando ampliar conhecimentos*, mediante a necessidade de atualização profissional que a assistência neonatológica requer, já que surgem cada vez mais novas tecnologias que visam suprir as demandas decorrentes dos avanços científicos e tecnológicos na assistência ao bebê prematuro.

Neste contexto, o enfermeiro influencia e é influenciado por este sistema, adaptando-se através da procura de novos olhares sobre si e sobre o cuidado que oferece, visando seu aprimoramento, como aponta a fala: “*Eu acho que não adianta só a gente pesquisar e não conseguir estar revertendo pra prática, que eu acho que o principal objetivo é a gente trazer algum ganho pra prática*” (Edna).

A predisposição de buscar ampliar conhecimentos, crendo na realidade a qual está inserido e pela qual estabelece relações e interações, motiva e impulsiona o enfermeiro para ir ao encontro de maiores e atuais informações, temas, estudos que subsidiem e aprimorem sua prática profissional em UTIN. Cresce o número de enfermeiros motivados e melhor preparados para o processo de produção de conhecimentos, mais produtivos e com publicações mais qualificadas<sup>(7)</sup>.

Modificar a ótica sob o ser cuidado no ambiente complexo de UTIN ganha maior riqueza quando se evidencia que esta demanda é permeada pela gratificação profissional, impulsionando o enfermeiro que atua diretamente com o bebê e sua família a sentir

necessidade de descobrir novas formas de atuar:

*“É lá que eu me vejo assim como enfermeira, claro que a gente sabe que têm outros papéis de enfermeiro, como agora o mestrado, estou no doutorado, como pesquisadora também é interessante a gente descobrir novas coisas [...] eu acho que na neo eu consigo me ver como um todo, eu consigo estar procurando artigos, material que me ajude, então tendo um pouco mais desse lado mais acadêmico e consigo meio que colocar a mão na massa”*(Edna).

Desta forma, observa-se que possuir gratificação profissional e realização pessoal potencializa o ser humano enfermeiro que lida diretamente sob a fragilidade que envolve o cuidado em UTIN, proporcionando formas criativas e construtivas de perceber sua maneira de atuar em seu cotidiano, de maneira complexa/plural, rica em suas relações. Tal particularidade é fortalecida pela subcategoria *embutindo valores pessoais na prática profissional*:

*“Tem horas que a gente tenta dividir mas eu percebo que tem muito momento na prática que a gente traz as coisas pessoais [...] vivência de casa, vivência da família, vivência de vida mesmo e que a gente embute ali no cuidado, seja na orientação pra uma mãe numa hora da alta, seja numa conversa com uma vó, seja ate numa prática então tu acaba embutando coisas pessoais no teu profissional”*(Elaine).

Destaca-se no contexto da UTIN em questão, a motivação crescente ao ser dada importância em articular a pesquisa e a prática, denominando a subcategoria *sentindo necessidade do encontro entre teoria e prática*.

Existe a percepção pela equipe de enfermagem da UTIN que desenvolver novos conhecimentos que tragam ganhos para o campo teórico e prático desta área torna-se um compromisso em ofertar melhores condições de vida ao bebê que é submetido a cuidados intensivos e apoio aos pais no enfrentamento deste processo, considerando as possíveis consequências e mudanças de viver que trará, indo ao encontro de Erdmann<sup>(7)</sup> que enfatiza que necessitamos de potencial intelectual e ético para cuidar da vida do ser humano no tocante a sua saúde, entendendo que o cuidado à saúde é um valor, pois nele estamos comprometidos com o viver humano e a vida nas suas diversas possibilidades de viver.

### **Gerenciando o cuidado na UTIN**

Esta categoria ressalta as intervenções adotadas no cotidiano da assistência neonatal visando conduzir sua prática, oferecendo através do gerenciamento, atender as necessidades e demandas que facilitem e viabilizem promover melhorias na assistência. Possui como subcategorias *Atribuindo responsabilidades ao enfermeiro, Estabelecendo prioridades Encontrando realização profissional, Colocando o enfermeiro como importante apoio,*

*Construindo relações de confiança, Mantendo relações intensas em ambiente fechado, Percebendo a presença de conflitos, Identificando modos de enfrentamento, Reavaliando e questionando rotinas, Inserindo os pais nas rotinas e cuidado e, por fim, Valorizando a presença dos pais no cuidado.*

As primeiras duas subcategorias, *Atribuindo responsabilidades ao enfermeiro e Estabelecendo prioridades* tratam das responsabilidades assumidas ou delegadas ao enfermeiro. A importância da qualidade da assistência da enfermeira em uma unidade de terapia intensiva baseia-se no planejamento e organização do serviço, seguindo normas estabelecidas em documentos que regulamentam esse serviço hospitalar<sup>(8)</sup>. Planejamento este que nem sempre seguem uma rotina, acontecem muitas vezes de forma aleatória, porém centralizada, suprimindo as demandas que surgem, inesperadas, e que requerem agilidade e habilidade para não prejudicar o esperado da assistência neonatal.

Se por um lado, assumir a coordenação da unidade pode trazer uma sobrecarga de funções, estas quando resolvidas conferem ao enfermeiro a sensação de profissional competente e realizado, caracterizando a subcategoria *Encontrando realização profissional*. Estes papéis, trazendo a subcategoria *Colocando o enfermeiro como importante apoio*, tornam-se um importante apoio e referência para os familiares do bebê submetido a cuidados intensivos, através do acolhimento das dúvidas/inseguranças/anseios, uma vez em que o sonho se desfaz e é reconstruído na medida em que o contato com seu filho é incentivado e a recuperação acontece gradativa e paralelamente ao estabelecimento de vínculos afetivos:

*“na outra sala eles ensinam o jeito que enrola na fraldinha, lava o rosto primeiro, lava a cabeça, daí coloca eles meio que sentadinhos com as costas na mão da gente, depois no virar pega de novo pra lavar as costas e a bundinha, eu já aprendi um pouco” (Magali).*

Assim, percebe-se que a subcategoria *Construindo relações de confiança* ganha força uma vez que a confiança na equipe é estabelecida: *“eu vou [pra casa] porque eu sei que eles estão bem cuidados, as vezes até melhor do que comigo né, eu vou sossegada né, sem pensar será que aconteceu alguma coisa, será que não vai, mas eu sei que tão tudo bem cuidado” (Magali).*

Mediante todo aparato tecnológico e cuidados intensivos, prezando ofertar uma assistência técnica adequada, ágil e segura, as relações de empatia ganham destaque, muitas vezes até se sobrepondo à competência técnica da equipe, na visão dos pais.

Considerando as questões pontuadas até o momento, emergem as subcategorias *Mantendo relações intensas em ambiente fechado* e *Percebendo a presença de conflitos* onde aspectos de convivência diária tornam-se peculiares em relação às unidades de internação

abertas. Um ponto fundamental nestas questões que surgem nas relações e interações de ambiente de cuidado fechado, são a busca de reorganizar e reconstruir vínculos, enfrentando-os, denominado de *Identificando modos de enfrentamento* como subcategoria.

Os conflitos geram mudanças, incitam transformações que visam melhorias ao cuidado em neonatologia, que acontece em concomitância com a subcategoria *reavaliando e questionando rotinas* onde as trocas entre os profissionais, bebês e famílias provocam a ruptura do modo engessado de olhar sobre os fatos “*eu tenho muita troca desde que eu entrei aqui, e existe essa troca entre os profissionais que trabalham, entre as famílias com o próprio paciente que é o neonato*” (Eva).

Novas realidades são trazidas atualmente para este ambiente complexo de cuidado, construídas a partir do repensar as rotinas, surgindo a subcategoria *inserindo os pais nas rotinas e cuidado*, estendendo o cuidar à família destes neonatos, tornando-os fundamentais neste processo onde novas realidades, muitas vezes dolorosas e inimagináveis, são impostas: “*aqui eu gostei que não se preocupa, só com os nenéns, se preocupam com as mães também, de alimentação, café, almoço, tem lugar pra dormir, não sei como é nos outros lugares...*” (Mariana).

Acolher os anseios, inseguranças, sentimentos de culpa, transformando-os e dando lugar à esperança, proporciona o estabelecimento de vínculos afetivos, evidenciado na subcategoria *valorizando a presença dos pais no cuidado*.

*Encontrando realização profissional* é a subcategoria que engloba aspectos apontados como inerentes ao cotidiano no ambiente de UTIN como a doação ao trabalho de ser enfermeira em UTIN e facilidades identificadas, sentindo satisfação no papel que desempenha no dia-a-dia. Como a maioria das crianças permanece na UTIN durante um período prolongado, muitas vezes estabelece-se um vínculo afetivo entre a equipe, mãe e a criança, o que é gratificante para o pessoal que lidou o tempo todo com a criança (KAMADA). Atuar em UTIN é visto como um sonho que se tornou real: “*quando eu consegui ir pra lá foi meio que conseguir realizar meu sonho, sabe, então eu meio que me dediquei de corpo e alma pra unidade, acho que por isso assim que eu sinto essa satisfação de estar num lugar que eu quis, que eu acreditei que eu podia estar lá*” (Edna).

### **Vivenciando as singularidades na UTIN**

A categoria *Vivenciando as singularidades na UTIN* é constituída pelas subcategorias *Encontrando especificidades em UTIN*, *Oferecendo um cuidado permeado pela sensibilidade*, *Lidando com questões emocionalmente difíceis*, *Individualizando o cuidado* e *Atribuindo o*

*bebê prematuro como um ser especial.*

Na subcategoria *Encontrando especificidades em UTIN* surgem aspectos que classificam o cuidado no ambiente complexo de UTIN como singular e compartilhado, que passam por mudanças e reorganizações desde os primórdios da assistência neonatal até a atualidade.

O modo de perceber e sentir as particularidades do neonato também se mostra de maneira muito valorizada na assistência, através da subcategoria *Oferecendo um cuidado permeado pela sensibilidade*:

*“eu acho que por eles serem tão pequeninhos, indefesos, que não chamam quando tem dor, daí vem muito da observação, que esse é o teu fazer [...] o adulto chega e fala: “estou com dor” ou “estou com fome”, e o nenezinho não, envolve toda a tua percepção, de você observar e ver que não esta bem, ou ate a posição que ele tem que te indica que não esta bem e muitas vezes você olha em posição que estão maravilhados, com as mãozinhas bem abertas, com a face tranqüila, eu acho que isso te direciona muito o teu fazer, porque são serezinhos indefesos, que precisam de ti, é como eu te digo, o adulto reclama, esses anjinhos não reclamam, embora eles tenham sinais, eles dão sinais que estão bem ou não” (Elisa).*

Por isso, o fortalecimento emocional dos membros da equipe de enfermagem se faz necessário, para que todos sejam atendidos como seres compostos de sentimentos, capazes de mesclar em sua rotina de trabalho a tecnologia e o carinho<sup>(8)</sup>.

A aplicação da percepção e sensibilidade convida a equipe para promover adaptação e conforto ao lidar/enfrentar/vivenciar momentos de sofrimento, sob diferentes prismas, presentes constantemente no cotidiano do cuidado, revelada pelas subcategorias *Lidando com questões emocionalmente difíceis e Individualizando o cuidado*:

*“Chegar num paciente prematuro é diferente porque ele não fala, ele se manifesta através de gestos, através de sinais posicionais, às vezes contato visual, sinais de dor que hoje são considerados e que antigamente nem eram tão considerados pro tratamento do prematuro. Então essa comunicação não-verbal ela exige com que tu realmente veja ele como um ser especial [...] Eu acho que o prematuro é isso: é um cuidado diferenciado no linguajar do silêncio” (Eva).*

Lidando com a fragilidade e sensibilidade, ensinada e apreendida com o bebê prematuro, o enfermeiro desenvolve habilidades singulares/plurais, que diferenciam sua assistência, instigando mudança de condutas e oferecendo novos olhares sobre o processo de viver/sobreviver em neonatologia, surgindo a subcategoria *Considerando o bebê prematuro como um ser especial*:

*“Ver umas coisas tão miudinhas e saírem, que às vezes eu penso que não é*

*nem pelo nosso fazer, é porque eles estão aqui pra vencer. Eles é que têm essa energia, eles é que tem essa trajetória [...] Pode ser um aparelhinho velhinho, mas se eles têm força pra viver, eles não vão nem pensar naquele aparelhinho... como nascem essas criancinhas, que nem entubadas são, minúsculas, de 700 gramas, nem vão pro respirador, por quê? Tem força vital, né?” (Elisa).*

*“Eu enquanto pessoa vendo o prematuro fora do ninho uterino, buscando a vida e tu tentando ali, de alguma forma dar o conforto, o suporte e o afeto, que tu cria um afeto, um apego, ele é muito diferenciado... [...] Eles realmente são únicos, eles te passam uma... como é que eu vou dizer assim, uma busca constante pela vida que eu acho que o ser humano deixa de lado” (Eva).*

A enfermeira deve ajudar o bebê a tornar-se o mais humanamente possível em uma situação particular de sua vida, ou seja, a vir-a-ser, quando a enfermeira dirige o seu cuidar a esse bebê, vendo-o em sua totalidade, buscando maneiras de valorizar o seu potencial, considerando suas limitações e imaturidade psicobiológica. O interesse da enfermeira não deve estar direcionado apenas ao seu bem-estar, mas também ao seu estar-melhor<sup>(10)</sup>.

Assim, o exercício de trabalhar com os dados coletados, construindo/desconstruindo/reconstruindo relações e integrações entre as categorias e subcategorias, resultou no modelo teórico representado pela figura abaixo:



**Conclusão:**

Esta pesquisa, ao abordar o cuidado em neonatologia, considerando os aspectos que o constituem, mostra que o cuidar em UTIN se fortalece como uma das áreas da Enfermagem em constante desenvolvimento, visando conciliar os avanços tecnológicos importantes para o sobreviver do bebê com abordagens que valorizam as inter-relações em seu cotidiano, de modo sistêmico. Busca atuar nas diversas esferas do cuidado complexo em saúde, desde os serviços de apoio da instituição hospitalar e seus gestores até a academia, visando evitar atuações compartimentadas e isoladas, integrando e aplicando conhecimentos científicos, com ganhos para a prática profissional.

A categoria central engloba pontos que caracterizam as mudanças na assistência neonatal com o passar dos anos, onde a busca da sobrevivência do bebê, através dos avanços tecnológicos assume novas formas de cuidar, através da sensibilidade perante o frágil.

A pesquisa ressalta que é necessário exercitar as potencialidades já inatas e caminhar para o encontro de outras, um verdadeiro convite a novas percepções de cuidar do neonato, sua família e os membros deste sistema complexo, numa constante inquietação e adaptação para as demandas que surgem.

O fenômeno do processo de compreensão do cuidado experienciado pelos enfermeiros de UTIN, ao conviver com a fragilidade do viver/sobreviver, pode ser visto com a lente do modelo teórico construído, cuja representação gráfica consta na figura apresentada.

Cabe ressaltar que este modelo é passível de aplicação em outros contextos de tempo e espaço, subsidiado pela sua abstração; admite modificações e incorporações de novos elementos que visem o aprimoramento dos conhecimentos no que se refere ao cuidado de enfermagem em neonatologia, convidando a contínua reflexão crítica e complexa do fenômeno apontado. Assim, as indagações norteadoras desta pesquisa convidam para a ampliação de novos horizontes de pesquisa, de forma que as possibilidades de estudos indicadas permitam o aprofundamento dos estudos, no âmbito das organizações de saúde e da academia.

A pesquisa ressalta que é necessário exercitar as potencialidades já inatas e caminhar para o encontro de outras, um verdadeiro convite a novas percepções de cuidar do neonato, sua família e os membros deste sistema complexo, numa constante inquietação e adaptação para as demandas que surgem.

Fruto desta Dissertação, o fenômeno do processo de compreensão do cuidado experienciado pelos enfermeiros de UTIN, ao conviver com a fragilidade do viver/sobreviver,

pode ser visto com a lente do modelo teórico construído, cuja representação gráfica consta na Figura 8.

Cabe ressaltar que este modelo é passível de aplicação em outros contextos de tempo e espaço, subsidiado pela sua abstração; admite modificações e incorporações de novos elementos que visem o aprimoramento dos conhecimentos no que se refere ao cuidado de enfermagem em neonatologia, convidando a contínua reflexão crítica e complexa do fenômeno apontado. Assim, as indagações norteadoras desta pesquisa convidam para a ampliação de novos horizontes de pesquisa, de forma que as possibilidades de estudos indicadas permitam o aprofundamento dos estudos, no âmbito das organizações de saúde e da academia.

### **Referências:**

1. COSTA, R. Reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe-canguru em uma unidade de neonatologia: um diálogo fundamentado na metodologia problematizadora. 2005. 228p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
2. PASCHOA, S.; ZANEI, S. S. V.; WHITAKER, I. Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 305-10, set. 2007.
3. MACHADO, C.E.; JORGE, M.S.B. Ser profissional de saúde em uma unidade neonatal de alto e médio risco: o visível e o invisível. *Estud. psicol.*, Campinas, v.22, n.2, p.197-204, jun. 2005.
4. ZINN, G.R.; SILVA, M.J.P.; TELLES, S.C.R. Communicating with the sedated patient: experience of the caretakers. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.11, n.3, Junho, 2003.
5. SCOCHI, C.G. S. A humanização da assistência hospitalar no bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem. 2000. Tese (Livre Docência), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.
6. STRAUSS, A.; CORBIN, J. Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed, 2008.
7. ERDMANN, A.L. A necessidade de atingirmos novos patamares na pesquisa de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(2): v-vi.
8. ROLIM, K.M.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p.85-92, jan./fev. 2006.



9. KAMADA, I.; ROCHA, S.M.M. As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTIN. Rev. Esc. Enferm. USP., v.40, n.3, p.404-11, 2006.
10. PATERSON, J.G.; ZDERAD, L.T. Enfermeria humanística. México: Limusa; 1979.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa, ao abordar o cuidado em neonatologia, considerando os aspectos que o constituem, evidencia que as transformações ocorridas com o passar do tempo permitiram um novo olhar, fortalecendo sua importância ao valorizar a sensibilidade ao prestar o cuidado. Neste contexto, o cuidado em UTIN se fortalece como uma das áreas da Enfermagem em constante desenvolvimento, visando conciliar os avanços tecnológicos importantes para o sobreviver do bebê com abordagens que valorizam as inter-relações em seu cotidiano, de modo sistêmico. Busca atuar nas diversas esferas do cuidado complexo em saúde, desde os serviços de apoio da instituição hospitalar e seus gestores até a academia, visando evitar atuações compartimentadas e isoladas, integrando e aplicando conhecimentos científicos, com ganhos para a prática profissional.

As vivências profissionais da autora foram um convite para aprofundar o conhecimento do cuidado em UTIN, pautado em desconstruções e reconstruções de técnicas, conceitos e finalidades. A viabilidade desta pretensão surgiu com a realização do curso de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina, onde conhecimentos pré-estabelecidos e até então tido como sólidos e convictos, impregnados pela atuação diária no ambiente neonatal foram uma provocação para mudar sua práxis.

Ao concluir o estudo, a autora visualiza a sensibilidade que permeia a complexidade do cuidado neonatal com novos conceitos, transformando a forma de atuar e sendo instigada a ser transformada pelo cuidado vivenciado.

Esta dissertação buscou ampliar conhecimentos, fundamentada no paradigma da complexidade, motivada pelas inquietações, identificando um modelo teórico para compreender o significado do ser e fazer o cuidado para os enfermeiros em uma UTIN. Sendo assim, ao desenvolver a pesquisa, a escolha da fundamentação metodológica pela *Grounded Theory* subsidiou o caminho proposto, atendendo as expectativas propostas. A aplicabilidade da referida metodologia, juntamente com o uso do software *NVIVO*<sup>®</sup> tornou-se uma oportunidade singular e inovadora para a autora.

Encontrou-se a categoria central “CONVIVENDO COM A FRAGILIDADE DO VIVER/SOBREVIVER: cuidado altamente complexo, sensível, singular e compartilhado” através das interações, de forma consistente, de três categorias, quais sejam:

- Buscando conhecimentos e competências
- Gerenciando o cuidado na UTIN
- Vivenciando as singularidades na UTIN

A categoria central engloba pontos que caracterizam as mudanças na assistência neonatal com o passar dos anos, onde a busca da sobrevivência do bebê, através dos avanços tecnológicos assume novas formas de cuidar, através da sensibilidade perante o frágil.

Ao compreender que a prática profissional se sustenta pela pesquisa, as enfermeiras apontam a necessidade de construir/aplicar conhecimentos diferenciados e fundamentais em neonatologia, com relevância reconhecida. Caminham na busca de novos patamares, comprometidas com o viver/sobreviver do bebê e suas famílias, de forma digna e ética, minimizando limitações e sofrimentos. Surge, portanto, o desafio e ambição de trabalhar em equipe, articulando as relações sócio-afetivas-político-culturais, fazendo uso da criatividade ao integrar os sujeitos que participam do sistema complexo de saúde, quebrando o modelo hegemônico vigente centrado no indivíduo e na doença, aspirando assim o conhecimento multidimensional.

Gerenciar e promover ações de saúde, em todas as dimensões do cuidar no sistema complexo de UTIN, são fatores apontados pelas enfermeiras como indispensáveis para nortear o cotidiano da prática profissional, visando melhorias na assistência em neonatologia. Cabe exercitar competências que vão além da habilidade técnica e administrativa, atuando como interlocutor e articulador, identificando conflitos e modos de enfrentá-los, promovendo relações de confiança entre os membros da equipe-ambiente de trabalho e equipe-família, potencializando o diálogo, autonomia e conhecimentos, trazendo, como relatado na pesquisa, o reconhecimento profissional.

Estes aspectos pontuados até então ganham a singularidade ao considerarmos que o principal ser do cuidado é o bebê, passivo e dependente dos aparatos tecnológicos e da sensibilidade e respeito do seu cuidador. Neste novo contexto, não apenas a enfermeira, como também toda a equipe estão buscando estratégias de estimular e inserir os pais no cuidado, mediando fatores estressantes e inesperados, compartilhando o cuidado deste ser visto como especial e único. De repente, esta forma especial e frágil de viver/sobreviver ensina, motiva e sensibiliza a equipe/família, despertando a essência de cada ator da prática de saúde. Perante a passividade e dependência da observação dos seus gestos/expressões, o bebê interage, recebe o cuidado e estabelece trocas, é acolhido e acolhe e o aprendizado mútuo acontece.

Oferecer suporte tecnológico já não basta. A pesquisa ressalta que é necessário

exercitar as potencialidades já inatas e caminhar para o encontro de outras, um verdadeiro convite a novas percepções de cuidar do neonato, sua família e os membros deste sistema complexo, numa constante inquietação e adaptação para as demandas que surgem.

Fruto desta Dissertação, o fenômeno do processo de compreensão do cuidado experienciado pelos enfermeiros de UTIN, ao conviver com a fragilidade do viver/sobreviver, pode ser visto com a lente do modelo teórico construído, cuja representação gráfica consta na Figura 8.

Cabe ressaltar que este modelo é passível de aplicação em outros contextos de tempo e espaço, subsidiado pela sua abstração; admite modificações e incorporações de novos elementos que visem o aprimoramento dos conhecimentos no que se refere ao cuidado de enfermagem em neonatologia, convidando a contínua reflexão crítica e complexa do fenômeno apontado. Assim, as indagações norteadoras desta pesquisa convidam para a ampliação de novos horizontes de pesquisa, de forma que as possibilidades de estudos indicadas permitam o aprofundamento dos estudos, no âmbito das organizações de saúde e da academia.

## REFERÊNCIAS

ALVAREZ, A.M. **Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora, no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar.** 2001. 181p. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem), Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

ARAÚJO, B. B. M. **Vivenciando a internação do filho prematuro na UTIN: (re) conhecendo as perspectivas maternas diante das demandas neonatais.** 2007. 74p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

BETTINELLI, L.A. **Demonstrando consciência solidária nas relações de cuidado hospitalar: fazendo emergir o sentido da vida.** 2001, 368p. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem), Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma de orientação para implantação do projeto canguru.** L. Pub. N. 693 de 5 jul. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Atenção Básica. **Série Pactos pela Saúde**, volume 4, Brasília, 2006d, 60p.

CANIATTO, C. **Promovendo o bem-estar e o cuidado do recém-nascido prematuro por meio do toque: a vivência das auxiliares e técnicas de enfermagem.** 2005. 108p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Curso de Enfermagem, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2005.

CHAFFEE, M.W.; MCNEILL, M.M. A model of nursing as a complex adaptive system. **Nursing Outlook.** v. 55, n. 5, p. 323-241, set./out. 2007.

CHARMAZ, K. **Constructing Grounded Theory: a practical guide through Qualitative Analysis.** Sage Publications, Inc, 2006. 224 p.

CHARPAK, N.; CALUME, Z. F.; HAMEL, A. **O método canguru: pais e familiares dos bebês prematuros podem substituir as incubadoras.** Rio de Janeiro: Mac Graw Hill, 1999.

CHRISTOFFEL, M.M. **O mundo imaginal da equipe de enfermagem frente às reações do recém-nascido submetido a um procedimento doloroso na UTI Neonatal.** 2002. 173p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

COLLIÉRE, F. **Cuidar: a primeira arte da vida.** 2ª ed. Loures: Lusociência; 2003.

COSTA, R. **Reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe-canguru em uma unidade de neonatologia: um diálogo fundamentado na metodologia problematizadora.** 2005. 228p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Curso de Pós-Graduação em Enfermagem,

Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

COSTENARO, R.G.S. **Ambiente terapêutico de cuidado ao recém-nascido internado em UTI neonatal**. Santa Maria: UNIFRA; 2001.

ERDMANN, A.L. A necessidade de atingirmos novos patamares na pesquisa de enfermagem. **Acta Paul Enferm.** 2009; 22(2): v-vi.

\_\_\_\_\_. **Sistemas de Cuidados de Enfermagem**. Pelotas (RS): UFPel, 1996.

ERDMANN, A.L.; ANDRADE, S.R.; MELLO, A.L.S.F.; MEIRELLES, B.H.S. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.3, p. 483-91, jul./set. 2006.

FONSECA, L.M.M. **Cuidados com o bebê prematuro: cartilha educativa para orientação materna**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GAIVA, M.A.M. **Organização do trabalho na assistência ao prematuro e família em uma UTI neonatal**. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

GLASER, B.G. **Grounded Theory perspective III: theoretical coding**. Chicago: Sociology Press, 2005.

\_\_\_\_\_. **Theoretical sensitivity**. Chicago: Sociology Press, 1978.164p.

GLASER, B.G; STRAUSS, A.L. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**. New York: Aldine de Gruyter, 1967. 271p.

GORDON, H.H. Perspectivas em neonatologia: 1980. In: AVERY, G.B. **Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 2.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1984. cap. 1, p. 3-12.

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

HUTCHINSON, S. Education and Grounded Theory. In: SHERMAN, R.; WEBB, R. **Qualitative Research in education: focus and methods**. Londres: Press, 1998. p. 310 19-26.

KAMADA, I.; ROCHA, S.M.M. As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTIN. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v.40, n.3, p.404-11, 2006.

KLOCK, P.; RODRIGUES, A.C.R.L.; BACKES, D.S.; ERDMANN, A.L. O cuidado como produto de múltiplas interações humanas: “Importando-se com o outro”. **Cogitare Enfermagem**, América do Sul, v.12, n.4, p.452-9, out./dez. 2007.

LACERDA, M.R. **Tornando-se Profissional no Contexto Domiciliar: Vivência de Cuidado da Enfermeira**. 2000. 222p. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem), Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

LOYOLA, A. A cultura da puericultura. **Rev. Novos Estudos CEBRAP**, v.1, n.1/2, p. 40-46, 1983.

MACHADO, C.E.; JORGE, M.S.B. Ser profissional de saúde em uma unidade neonatal de alto e médio risco: o visível e o invisível. **Estud. psicol.**, Campinas, v.22, n.2, p.197-204, jun. 2005.

MARTINS, J.J.; FARIA, E.M. O cotidiano do trabalho em UTI: prazer e sofrimento. **Texto Contexto Enferm.** v.11, n.1, p. 222-43, jan./abr. 2002.

MARTINEZ, J.G. **Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde de um hospital de San Luis Potosi – México**. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo (SP): Hucitec/Abrasco, 2006.

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

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

\_\_\_\_\_. **Complexidade e transdisciplinariedade: a reforma da universidade e do ensino fundamental**. Natal: EDUFRN – Editora da UFRN, 1999.

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

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

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

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

OLIVEIRA, B.R.G.; LOPES, T.A.; VIERA, C.S.; COLLET, N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI Neonatal e o cuidar humanizado. **Texto Contexto Enferm**, v.15 (esp), p.105-113, 2006.

OLIVEIRA, M.E. **A poesia de cuidar do recém-nascido pré-termo: uma conexão entre o sensível, o intuitivo e o científico**, 2007. 191p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

2007.

OLIVEIRA, M.E.; MONTICELLI, M.; SANTOS, O.M.B. **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais**. 2. ed. rev. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. 314p.

PATERSON, J.G.; ZDERAD, L.T. **Enfermeria humanística**. México: Limusa; 1979.

PASCHOA, S.; ZANEI, S. S. V.; WHITAKER, I. Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 305-10, set. 2007.

PERLMAN, J.M. Neurobehavioral deficits in premature graduates of intensive care-potential medical and neonatal environmental risk factors. **Pediatrics**, v.108, n. 6, p. 1339-48, 2001.

PIZZATO, M.G.; DA POIAN, V.R.L. **Enfermagem neonatológica**. 2.ed. Porto Alegre: D.C. Luzzatto, 1988.

ROLIM, K.M.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p.85-92, jan./fev. 2006.

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

SCOCHI, C.G.S. et al. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, Ago. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 25 Junho 2009.

SIEBERT, E.R.C. **Incorporação da filosofia de atendimento da maternidade de um hospital universitário, pelos profissionais de saúde do centro obstétrico**. 2004. 100p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Curso de Pós-Graduação de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

SOUSA, F. G. M. **Tecendo a teia do cuidado à criança na atenção básica de saúde: dos seus contornos ao encontro com a integralidade**. 2008. 333 f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

STRAUSS, A.L. **Qualitative analyses for social scientists**. Cambridge: Cambridge University Press, 1987. 318p.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada**. Medellín: Ed. Universidad de Antioquia, 2002. 339p.

\_\_\_\_\_. **Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques**.



California: Sage, 1991.

\_\_\_\_\_. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory.** London: SAGE Publications, 1998.

\_\_\_\_\_. Grounded Theory Methodology: an overview. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of quantitative research.** Thousand Oaks: Sage Publications, 1994. p. 273-285.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Public health aspects of low birth weigh.** Geneva, 1961. (Technical Report, Seires, 217).

ZINN, G.R.; SILVA, M.J.P.; TELLES, S.C.R. Communicating with the sedated patient: experience of the caretakers. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.3, Junho 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 25 Junho 2009.

## **APÊNDICES**

## APENDICE I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – para as enfermeiras da UTIN

Gostaria de convidá-lo (a) a participar da pesquisa de Mestrado **Compreendendo o cuidado experienciado no seu ser e fazer como enfermeiro de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**, sob orientação da Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, que possui como objetivo construir uma estrutura de referência a partir da compreensão do significado do ser e fazer o cuidado para você, enfermeiro em uma UTI neonatal. Para alcançar o objetivo proposto lhe convido a participar do estudo para que possa contribuir com informações sobre a compreensão do cuidado em UTIN. Caso concorde, nosso encontro será marcado conforme sua disponibilidade, em data e local por você determinado. A entrevista será gravada em meio digital e nossa conversa poderá acontecer em mais de um encontro. Após, transcreverei a entrevista e lhe entregarei, para que confirme as informações dadas. As informações poderão ser alteradas e completadas se você assim desejar. Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou caso aceite, retirar o seu consentimento a qualquer momento, bastando entrar em contato através do telefone abaixo. A recusa ou desistência da participação não implicará em prejuízo com sua relação com a pesquisadora. Asseguramos que todas suas informações serão utilizadas somente pelas pesquisadoras nos resultados da investigação divulgadas em publicações científicas e acadêmicas. O seu nome será mantido em sigilo e as suas informações aparecerão no texto de forma anônima e em conjunto com as respostas de outros participantes da investigação. Para possíveis questionamentos sobre este trabalho, o presente documento, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma cópia em seu poder, onde consta o endereço e o telefone das pesquisadoras e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário.

Atenciosamente, as pesquisadoras.

Patrícia Klock  
Rua Matias Kalbuch, 174  
Barreiros - São José – SC  
e-mail: [patynurse@hotmail.com](mailto:patynurse@hotmail.com)  
telefone: (48) 9911-3797

Alacoque Lorenzini Erdmann  
e-mail: [alacoque@newsite.com.br](mailto:alacoque@newsite.com.br)

### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

**APENDICE II**  
**Questão norteadora**

Entrevista n°: \_\_\_\_\_

Participante: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Local da entrevista: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Duração: \_\_\_\_\_

- 1) O que significa para você ser um cuidador de enfermagem (ou profissional que cuida) e estar fazendo o cuidado?

### APENDICE III

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – para as mães de prematuros da UTIN

Gostaria de convidá-lo (a) a participar da pesquisa de Mestrado **Compreendendo o cuidado experienciado no seu ser e fazer como profissionais de Enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**, sob orientação da Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, que possui como objetivo compreender o significado do ser e fazer o cuidado para o enfermeiro que trabalha em UTI neonatal. Para alcançar o objetivo proposto lhe convido a participar do estudo para que possa contribuir com informações sobre como você percebe este cuidado oferecido ao seu filho, no processo de internação em UTIN. A entrevista será gravada em meio digital e nossa conversa poderá acontecer em mais de um encontro. Após, transcreverei a entrevista e lhe entregarei, para que confirme as informações dadas. As informações poderão ser alteradas e completadas se você assim desejar. Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou caso aceite, retirar o seu consentimento a qualquer momento, bastando entrar em contato através do telefone abaixo. A recusa ou desistência da participação não implicará em prejuízo com sua relação com a pesquisadora. Asseguramos que todas suas informações serão utilizadas somente pelas pesquisadoras nos resultados da investigação divulgadas em publicações científicas e acadêmicas. O seu nome será mantido em sigilo e as suas informações aparecerão no texto de forma anônima e em conjunto com as respostas de outros participantes da investigação. Para possíveis questionamentos sobre este trabalho, o presente documento, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias, ficando uma cópia em seu poder, onde consta o endereço e o telefone das pesquisadoras e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário.

Atenciosamente, as pesquisadoras.

Patrícia Klock  
Rua Matias Kalbuch, 174  
Barreiros - São José – SC  
e-mail: [patynurse@hotmail.com](mailto:patynurse@hotmail.com)  
telefone: (48) 9911-3797

Alacoque Lorenzini Erdmann  
e-mail: [alacoque@newsite.com.br](mailto:alacoque@newsite.com.br)

#### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecida pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do (a) Participante

---

Assinatura da Pesquisadora

**APENDICE IV**  
**Questão norteadora**

Entrevista n°: \_\_\_\_\_

Participante: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Local da entrevista: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Duração: \_\_\_\_\_

- Ao pensar em UTI, quais as primeiras coisas que passam na sua cabeça? Convivendo, muda?
- Durante a internação do seu bebê, onde busca apoio?
- Como você se ocupa quando está no hospital? E quando não está no hospital, o que faz?
- Como você vê seu bebê internado? Cuidando de maneira diferente...

**ANEXOS**

## ANEXO I



## DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **Compreendendo o cuidado experienciado no seu ser e fazer como profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva neonatal**, e cumprirei os termos de resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

  
Prof. Felipe Felício  
Vice-Diretor - HUSC

Florianópolis, 01 08 08  
01 12 08

Direção do Hospital Universitário Polydoro Ernani Santiago  
/ Universidade Federal de Santa Catarina



## ANEXO II



Campus Prof. João David Ferreira Lima - CEP 88040-900  
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | [www.cep.ufsc.br](http://www.cep.ufsc.br) / +55 (48) 3721-9206

## PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 368/08

**I – Identificação:**

**Título do Projeto:** COMPREENDENDO O CUIDADO EXPERIENCIADO NO SEU SER E FAZER PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

**Pesquisador Responsável:** Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

**Pesquisador Principal:** Mda Patrícia Klock

**Data Coleta dados:** Início: Fevereiro de 2009. Término previsto: Maio de 2009

**Local onde a pesquisa será conduzida:** Hospital

**II - Objetivos:**

Construir uma estrutura de referência a partir da compreensão do significado do ser e fazer o cuidado para os profissionais de Enfermagem em uma UTI de um hospital geral do sul do país.

**III - Comentário.**

Trata-se de projeto devidamente documentado. O tema é relevante. Há um TCLE bem elaborando, em que se ressalta, em linguagem clara, como vai se desenvolver a pesquisa.. Ademais, não se vislumbra nenhum atentado aos princípios bioéticos.


**IV – Parecer final:**

Ante o exposto, sou pela aprovação do projeto em análise.

**V – PARECER CEP SH:**

**(X ) APROVADO**

\*Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado, em reunião deste Comitê na data de 15 de dezembro de 2008.



Prof.º Washington Portela de Souza  
Coordenador do CEP SH

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

## ANEXO III

### Instruções para submissão de manuscritos - Revista da Escola de Enfermagem da USP

Disponível em: < [http://www.ee.usp.br/REEUSP/index.php?p=area&are\\_id=22](http://www.ee.usp.br/REEUSP/index.php?p=area&are_id=22)>

#### Instruções aos Autores

A Revista da Escola de Enfermagem da USP é um periódico trimestral, revisado por pares, com o objetivo de publicar artigos empíricos inéditos que representem um avanço significativo para o exercício profissional ou para os fundamentos da Enfermagem.

Os manuscritos, que poderão estar em português, inglês e espanhol, devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à Revista da Escola de Enfermagem da USP, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto no que se refere ao texto, como figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em Anais de Reuniões Científicas.

Desde setembro de 2008 (volume 42 n.3) a Revista passou a ter uma edição no idioma inglês, que está editada na versão online. No momento em que o trabalho for aceito para publicação, os autores deverão providenciar a tradução para o idioma inglês de acordo com as orientações da REEUSP.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos, os autores deverão **enviar uma cópia de aprovação emitida pelo Comitê de Ética (via online)**, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 196/96 ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa.

A REEUSP apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

O(s) autor(es) dos textos são por eles inteiramente responsáveis, **devendo assinar e encaminhar a Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais** (modelo em anexo), via documentação suplementar.

- **Artigo Original:** trabalho de pesquisa com resultados inéditos e que agreguem valores à área de Enfermagem. Limitado a 15 páginas, nas quais devem estar inclusos páginas de identificação dos autores e resumos.

Sua estrutura deve conter:

- **Introdução:** apresentação e delimitação do assunto tratado, os objetivos da pesquisa e outros elementos necessários para situar o tema do trabalho.
- **Objetivos:** especifica de maneira clara e sucinta a finalidade da pesquisa, com detalhamento dos aspectos que serão ou não abordados. Os objetivos, se pertinentes, podem ser definidos como gerais ou específicos a critério do autor.
- **Revisão da Literatura:** levantamento selecionado da literatura sobre o assunto que serviu de base à investigação do trabalho proposto. Proporciona os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre um assunto e esclarece a importância do novo estudo. Em algumas áreas, já existe a tendência de limitar a revisão apenas aos trabalhos mais importantes, que tenham relação direta com a pesquisa desenvolvida, priorizando as publicações mais recentes. Quando não houver necessidade de um capítulo para a Revisão da Literatura em função da extensão histórica do assunto, ela poderá ser incluída na Introdução.
- **Métodos:** descrição completa dos procedimentos metodológicos que permitam viabilizar o alcance dos objetivos. Devem ser apresentados: dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa, população estudada, tipo de amostra, variáveis selecionadas, material, equipamentos, técnicas e métodos adotados para a coleta de dados, incluindo os de natureza estatística.
- **Resultados:** devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem interpretações ou comentários pessoais, podendo para maior facilidade de compreensão, estarem acompanhados por gráficos, tabelas, figuras, fotografias, etc.
- **Discussão:** deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando os novos e importantes aspectos observados e discutindo as concordâncias e divergências com outras pesquisas já publicadas.
- **Conclusão:** corresponde aos objetivos ou hipóteses de maneira lógica, clara e

concisa, fundamentada nos resultados e discussão, coerente com o título, proposição e métodos.

- ***Estudo teórico***: análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 15 páginas.
- ***Relato de experiência profissional***: estudo de caso, contendo análise de implicações conceituais, ou descrição de procedimentos com estratégias de intervenção, evidência metodológica apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas. Limitado a 10 páginas.
- ***Artigo de revisão***: estudo abrangente e crítico da literatura sobre um assunto de interesse para o desenvolvimento da Enfermagem, devendo apresentar análise e conclusão. Limitado a 10 páginas.
- ***À beira do leito***: questões com respostas objetivas sobre condutas práticas. Limitada a 10 páginas.
- ***Carta ao editor***: destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na revista, expressando concordância ou não sobre o assunto abordado. Limitada a meia página.

### **Processo de julgamento dos manuscritos**

Cada artigo submetido à Revista é inicialmente analisado quanto ao cumprimento das normas estabelecidas nas *Instruções aos Autores*, sendo sumariamente devolvido em caso de não atendimento. Se aprovado, é encaminhado para avaliação de dois relatores, que o analisam com base no Instrumento de Análise e Parecer elaborado especificamente para tal finalidade, bem como, opinam sobre o rigor metodológico da abordagem utilizada. Havendo discordância nos pareceres, o manuscrito é encaminhado a um terceiro relator. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres dos relatores são analisados pelo Conselho editorial que, se necessário, indica as alterações a serem efetuadas. Os trabalhos seguem para publicação somente após a aprovação final dos pareceristas e do Conselho Editorial.

Relações que podem estabelecer conflito de interesse, ou mesmo nos casos em que não ocorra, devem ser esclarecidas.

### **Preparo dos manuscritos**

Os textos devem ser digitados usando-se o processador MsWord com a seguinte configuração de página: papel tamanho A4, entrelinha 1,5, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, margens inferior e laterais de 2cm e superior de 3cm.

**Página de identificação:** deve conter o título do artigo (máximo de 16 palavras) em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas; nome(s) do(s) autor(es), indicando no rodapé da página a função que exerce(m), a instituição a qual pertence(m), títulos e formação profissional, endereço para troca de correspondência, incluindo *e-mail* e telefone. Se for baseado em tese ou dissertação, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada.

- **Citações** – deve ser utilizado o sistema numérico na identificação dos autores mencionados, de acordo com a ordem em que forem citados no texto. Os números que identificam os autores devem ser indicados sobrescritos e entre parênteses. Se forem sequenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último, separados por hífen, ex.: <sup>(1-4)</sup>; quando intercalados, os números deverão ser separados por vírgula, ex.: <sup>(1-2,4)</sup>.
- **Notas de rodapé** – deverão ser indicados por asterisco, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.
- **Depoimentos** – frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem seguir a mesma regra de citações, quanto a aspas e recuo, porém em itálico, e com sua identificação codificada a critério do autor, entre parênteses.
- **Tabelas** – a elaboração das tabelas deve seguir as "Normas de Apresentação Tabular" estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatística e publicadas pelo IBGE (1993), limitadas ao máximo de cinco. Quando a tabela for extraída de outro trabalho, a fonte original deve ser mencionada logo abaixo da mesma.
- **Apêndices e anexos** – devem ser evitados, conforme indicação da norma NBR 6022.
- **Fotos** – serão publicadas exclusivamente em P&B, sem identificação dos sujeitos, a menos que acompanhadas de permissão por escrito de divulgação para fins científicos.
- **Agradecimentos** – contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos", no final do trabalho, desde que haja permissão expressa dos

nomeados. Também poderão ser mencionadas, as instituições que deram apoio, assistência técnica e outros auxílios.

- **Errata** - após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata, deverão enviá-la à Secretaria da Revista imediatamente e de preferência por *e-mail*.

**Resumo:** deve ser apresentado em português (resumo), inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), com até 150 palavras (máximo de 900 caracteres), explicitando o objetivo da pesquisa, método e resultados.

**Descritores:** devem ser indicados de três a cinco descritores que permitam identificar o assunto do trabalho, acompanhando o idioma dos resumos: português (Descritores), inglês (*Key words*) e espanhol (Descriptores), extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME e/ou (MeSH) Medical Subject Headings, elaborado pela NLM (National Library of Medicine).

**Referências:** Limitadas a 22, exceto nos artigos de revisão. Devem ser normalizadas de acordo com Estilo "Vancouver", norma elaborada pelo International Committee of Medical Journals Editors (<http://www.icmje.org>), e o título do periódico deve ser abreviado de acordo com a List of Journals Indexed (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). A lista apresentada no final do trabalho deve ser numerada de forma consecutiva e os autores mencionados de acordo com a seqüência em que foram citados no texto, sem necessidade do número entre parênteses. Ex: 1. Gomes A.

**Obs:** A veracidade das referências é de responsabilidade dos autores. Referências não contempladas nos exemplos descritos não serão aceitas.

O manuscrito deve ser encaminhado por via eletrônica online (<http://www.scielo.br/reeusp>) acompanhado de carta ao Editor (no item Carta de Apresentação do Artigo) informando os motivos pelos quais você selecionou a REEUSP para submeter o seu manuscrito. Adicionalmente informe os avanços e as contribuições do seu texto frente as publicações recentes já veiculadas na temática nos últimos anos.

### **Exemplos/ Examples/ Ejemplos**

Artigos de periódico/Periodic articles/Artículos de periódico

a) Artigo padrão/Standard article/Artículo patrón

Calil AM, Pimenta CAM. Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;39(1):325-32.

Jocham HR, Dassen T, Widdershoven G, Halfens R. Quality of life in palliative care cancer patients: a literature review. *J Clin Nurs*. 2006;15(9):1188-95.

Artigo com mais de 6 autores

Eller LS, Corless I, Bunch EH, Kemppainen J, Holzemer W, Nokes K, et al.

Self-care strategies for depressive symptoms in people with HIV disease. *J Adv Nurs*. 2005;51(2):119-30.

b) Instituição como autor/Institution as author/Institución como autor

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension*. 2002;40(5):679-86.

c) Sem indicação de autoria/Without indicating authorship/Sin indicación de autoría

Best practice for managing patients' postoperative pain. *Nurs Times*. 2005;101(11):34-7.

d) Volume com suplemento/Volume with supplement/Volumen con suplemento

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 Supl 2:190-8.

e) Fascículo com suplemento/Issue with supplement/Fascículo con suplemento

Glauser TA. Integrating clinical data into clinical practice. *Neurology*. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Supl):15-25.

f) Volume em parte/Volume with part/Una parte del Volumen

Milward AJ, Meldrum BS, Mellanby JH. Forebrain ischaemia with CA 1 cell loss impairs epileptogenesis in the tetanus toxin limbic seizure model. *Brain*. 1999;122(Pt 6):1009-16.

g) Fascículo em parte/Issue with part/Una parte del fascículo

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. J Vasc Interv Radiol. 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

h) Fascículo sem volume/Issue without volume/Fascículo sin volumen

Ribeiro LS. Uma visão sobre o tratamento dos doentes no sistema público de saúde. Rev USP. 1999;(43):55-9.

i) Sem volume e sem fascículo/Neither volume nor issue/Sin fascículos y sin volumen

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. HRSA Careaction. 2002 Jun:1-6.

### **Livros e monografias/Books and monographs/Libros y monografías**

a) Autor pessoal/Personal author/Autor personal

Cassiani SHB. Administração de medicamentos. São Paulo: EPU; 2000.

b) Organizador, editor, coordenador como autor /Organizer, editor or compiler as author /Organizador, editor, coordinador como autor

Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. 3ª ed. São Paulo: Ícone; 2005.

c) Instituição como autor e publicador/Institution as author and publisher/Institución como autor y publicador

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília; 2003.

d) Capítulo de livro, cujo autor não é o mesmo da obra/Chapter of book, whose author is different from the book/Capítulo de libro, cuyo autor no es el mismo de la obra

Kimura M, Ferreira KASL. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor. In: Chaves LD, Leão ER, editoras. Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Maio; 2004. p. 59-73.

e) Capítulo de livro, cujo autor é o mesmo da obra/Chapter of book, whose author is the same of the book/capítulo de libro, cuyo autor es el mismo de la obra



Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

f) Trabalho apresentado em evento (Anais, Programas, etc.)/Event (Annals, Programs, etc.)/Evento (Anales, Programas, etc.)

Peduzzi M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho na enfermagem. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba. Curitiba: ABEn-Seção-PR; 2002. p. 167-82.

g) Dissertações e teses/Dissertation or thesis/Tesis de maestría y de doctorados

Maia FOM. Fatores de risco para o óbito em idosos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Freitas GF. Ocorrências éticas de enfermagem: uma abordagem compreensiva da ação social [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Barros S. Concretizando a transformação paradigmática em saúde mental: a práxis como horizonte para a formação de novos trabalhadores [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

h) Documentos legais/Legal documents/Documentos legales

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

i) Dicionários e obras de referência similares/Dictionaries and other similar reference books/Diccionarios y obras de referencia similares

Steadman's medical dictionary. 26<sup>th</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.

Apraxia; p. 119-20.

Souza LCA, editor. Dicionário de administração de medicamentos na enfermagem 2005/2006: AME. 4ª ed. Rio de Janeiro: EPUB; 2004. Metadona; p. 556-7.

**Materiais em formato eletrônico/Eletronic format materials/Materiales en formato electrónico**

a) Monografia em formato eletrônico/Monograph in electronic format/Monografia en formato electrónico

Prado FC, Ramos J, Ribeiro do Valle J. Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento [CD-ROM]. São Paulo: Artes Médicas; 1996.

b) Artigos de periódicos/Periodical articles/Artículos de periódicos

Johnson BV. Nurses with disabilities. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2005 [cited 2006 sept 27];105(10):[about 1 p.]. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Pager&DB=pubmed>

Braga EM, Silva MJP. Como acompanhar a progressão da competência comunicativa no aluno

de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [periódico na Internet]. 2006 [citado 2006 set. 28]; 40(3):[cerca de 7 p]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reensp/upload/pdf/258.pdf>

c) Dissertações/teses/Dissertation/theses/Tesis de Maestría/Tesis de Doctorado

Baraldi S. Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem [tese na Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005 [citado 2006 set. 29]. Disponível em: <http://www.theses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-20062006-144209/>