



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

PATRICIA DE ARAÚJO MARQUES

**O PROCESSO DE TRABALHO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL: “CONHECENDO AS REDES E DESATANDO
OS NÓS”**

RIO DE JANEIRO
2009

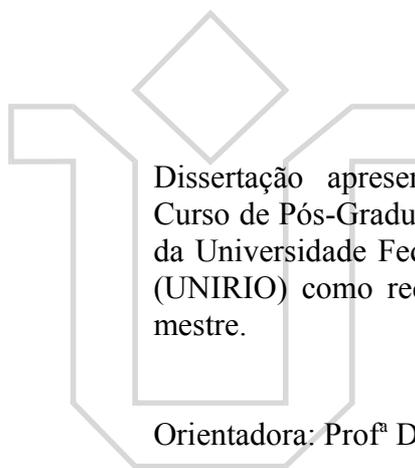
Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PATRICIA DE ARAÚJO MARQUES

O PROCESSO DE TRABALHO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL: “CONHECENDO AS REDES E DESATANDO OS NÓS”



Dissertação apresentada à banca examinadora do
Curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado,
da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
(UNIRIO) como requisito para obtenção do grau de
mestre.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Enirtes Caetano Prates Melo.

Rio de Janeiro

2009

Ficha catalográfica

Marques, Patrícia de Araújo.

M357 - O processo de trabalho em uma unidade de terapia intensiva neonatal : conhecendo as redes e desatando os nós / Patrícia de Araújo Marques, 2009.

165f.

Orientador: Enirtes Caetano Prates Melo.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

1. Enfermagem de tratamento intensivo – Controle de qualidade. 2. Enfermagem de tratamento intensivo neonatal – Controle de qualidade.
3. Garantia de qualidade dos cuidados de saúde. I. Melo, Enirtes Caetano Prates. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003-). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Mestrado em Enfermagem.
- III. Título.

CDD – 610.7361

PATRICIA DE ARAÚJO MARQUES

O PROCESSO DE TRABALHO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL: “CONHECENDO AS REDES E DESATANDO OS NÓS”

Dissertação apresentado à banca examinadora do
Curso de Pós-Graduação em Enfermagem –
Mestrado, da Universidade Federal do Estado do
Rio de Janeiro (UNIRIO) como requisito para
obtenção do grau de mestre.

Março de 2009

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Enirtes Caetano Prates Melo
Presidente (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO).

Profa. Dra. Lúcia Helena Silva Correa Lourenço
1ª examinadora (Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ)

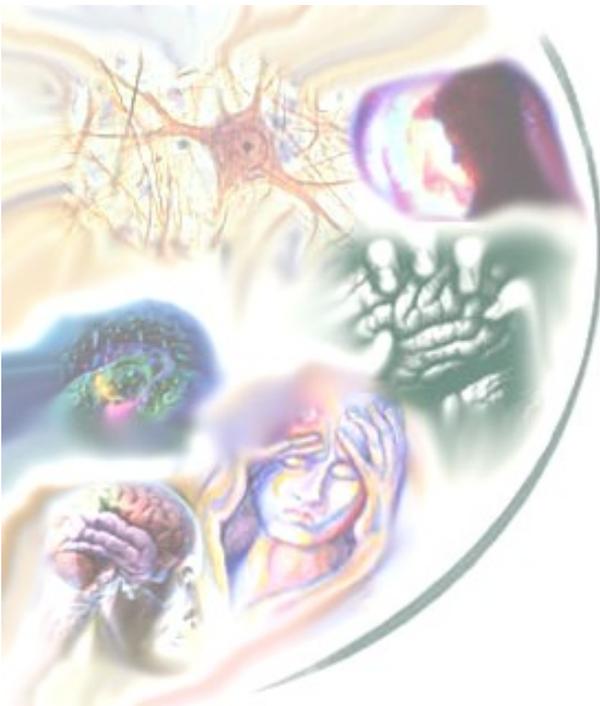
Profa. Dra. Fátima Teresinha Scarparo Cunha
2ª examinadora (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO)

Prof. Dra. Carla Luzia França Araújo
Suplente (Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ)

Prof. Dra. Teresa Tonini
Suplente (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO)

“O processo de trabalho não é apenas dispêndio mecânico de forças: é a forma mais especialmente humana de socialidade, de gênese histórica. Em cada grão de tecnologia estão contidos, assim, ao mesmo tempo, todas as determinações do passado que nela desembocam e toda a construção viva do futuro”.

(GONÇALVES, 1994, p.268)



AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que a cada dia me fortalece frente aos obstáculos que a vida me impõe e me dá sabedoria para escolher os caminhos que irei seguir.

À minha família, principalmente ao meu marido e filhos que sempre me apoiaram apesar de muitas vezes se sentirem “trocados pelo computador”.

Aos meus amigos que estiveram ao meu lado, contribuíram e tiveram serenidade para somente ouvir quando precisei. Dentre todos destaco Renê Spezani, Sérgio Freitas, Kelly Maia, Paulo São Bento e Adriana Teixeira Reis.

Aos companheiros e amigos que conheci no desenrolar dos dois anos do curso de mestrado na UNIRIO. Em especial à Keroulay Estebanez amiga e aliada, que me ajudou com solicitude em todas as minhas dúvidas (que não foram poucas!).

Aos funcionários e colegas que fazem parte do processo de trabalho da UTIN do Instituto Fernandes Figueiras, que sem a participação não teríamos desenvolvido esta pesquisa; assim dedico-lhes o meu carinho, sabendo que são co-participes e co-responsáveis pelo meu êxito neste estudo. Em especial a Enfermeira Mestre Elisa Fraga que tanto colaborou com seu conhecimento, serenidade e companheirismo.

Aos professores do curso de pós-graduação (mestrado) da UNIRIO, pois não me deram somente conhecimento, mas conseguiram tocar *minha alma* tornando-me uma profissional mais consciente, coerente e, acima de tudo, reafirmando o amor que tenho pela minha profissão. Em especial às professoras doutoras Nélia Maria Almeida de Figueiredo, Teresa Tonini, Lúcia Helena Silva Correa Lourenço, Fátima Teresinha Scarparo Cunha e Carla Luzia França Araújo que contribuíram com seus saberes, experiência, sagacidade e audácia, pois crêem na “*enfermagem-ciência*” e na “*enfermagem-arte*”.

À minha orientadora Profa. Dra. Enirtes Caetano Prates Melo, que foi mais que uma mestra; teve um papel fundamental como professora, parceira, amiga e confidente. Com ela

fui além das minhas expectativas; esteve sempre ao meu lado me apoiando, me estimulando, me corrigindo (nossa quantos rabiscos!) e me ensinando. Sempre me lembrarei dela como no texto de “Pegadas na areia”, pois nos momentos mais difíceis além de estar ao meu lado, muitas vezes me carregou no colo.

Termino os meus agradecimentos com uma poesia que revela não somente a importância das parcerias que fazemos na trilha da vida, mas também das pegadas que deixamos no nosso caminhar; que sejam pegadas firmes em direção a um mundo melhor.

As trilhas:

As pessoas se entusiasmam, outras duvidam...
Não cruzemos os braços agora
Estamos no círculo do nosso limite
No ápice do que acreditamos.

Há um pouco de nossas pegadas naquela trilha
Há um pouco de nossa alma naquela ilha.

As portas ainda estão abertas
Muitas pessoas passam por ela
Devemos continuar com a nossa missão
Com a nossa força e autocrítica.

Tudo que temos é o que carregamos conosco
Seria talvez a hora de aceitar a ajuda de um estranho?
Dê um gole nesta bebida
Sinta o amargo gosto que é duvidar
Só não perca a sensibilidade dos teus passos
Não deixe jamais os rastros dessa trilha se apagar.

Há um pouco de nossas pegadas naquela trilha
Há um pouco de nossa alma naquela ilha.

(Marcelo Henrique Zacarelli)

RESUMO

Na experiência cotidiana de assistência à recém-nascidos de alto risco observa-se que a disponibilidade de recursos considerados essenciais pelo senso comum, tais como estrutura física em conformidade com padrões técnicos, material permanente e de consumo em quantidade e qualidade adequadas e, uma equipe treinada e atualizada, não são suficientes para garantir a qualidade do cuidado prestado. Há componentes relacionados ao processo de trabalho, não identificados claramente no dia-a-dia, que de fato interferem no produto final do trabalho em saúde, o cuidado. Este estudo tem como objetivo analisar o processo de trabalho em saúde de uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Trata-se de uma metodologia não-convencional, adaptada a um estudo de natureza qualitativa. A delimitação do campo de pesquisa se deu através de um recorte institucional, representado pela análise de dois casos clínicos considerados exemplares em função do conjunto de intervenções e procedimentos que demandaram durante o período de internação na instituição estudada. Adotou-se um estudo de série de casos cuja trajetória foi denominada trajetória-sentinel e, através desta foram, detectados ruídos que influenciaram na qualidade da assistência. Foram utilizadas duas ferramentas de análise: o fluxograma analítico ou analisador e a rede de petição e compromissos – instrumentos necessários para análise da rede que se estabelece no desenvolvimento do processo de trabalho na UTIN. A rede de petição e compromissos foi construída através da técnica de grupo focal, sendo elegíveis para participação nesta fase da pesquisa todos os profissionais pertencentes à equipe de enfermagem da UTIN (gestores, enfermeiros e técnicos de enfermagem). A análise do fluxograma e da rede de pedidos e compromissos revelou fragilidades na rede de contratualidade, problemas de registros e arquivamento de documentação e, erros relativos ao processo de assistência. O processo assistencial é centrado na figura do médico e há uma participação restrita dos demais profissionais da equipe no projeto terapêutico. Verifica-se um compartilhamento interdisciplinar restrito e, falta de integração e articulação entre profissionais. Isolado de um trabalho mais coletivo e interdisciplinar no interior da equipe, este modelo excludente gera uma dimensão cuidadora pouco comprometida com seu sujeito/objeto de trabalho – o cliente. Os elementos essenciais para qualificar os atos de saúde - vínculo, responsabilização e acolhimento – são pouco trabalhados na relação entre os profissionais de saúde e o cliente. A comunicação é insuficiente e realizada predominantemente através do prontuário. O processo de trabalho é fragmentado e os projetos terapêuticos não são explicitados e nem negociados adequadamente, de forma a garantir a integralidade da assistência. Tal contexto mostra a necessidade de mobilização de estratégias que fortaleçam o trabalho em equipe, com o foco na integralidade do cuidado e satisfação das necessidades do cliente. Tal fragmentação, fruto de um processo de trabalho cada vez mais especializado e com grande incorporação tecnológica, muitas vezes significa restrição e diferenciação da assistência, redução na produção assistencial, custos mais elevados, discriminação e seleção da clientela. Para que a análise e discussão das tensões existentes no processo de trabalho da UTIN pesquisada sejam proveitosas é necessário ultrapassar barreiras relacionadas à comunicação. A quebra do silêncio do cotidiano desvela a presença de processos instituintes que não haviam sido pensados pelo modelo de organização e gestão do equipamento institucional, bem como abre possibilidades de interrogações sobre a maneira como se opera o processo de trabalho e o sentido de suas ações naquele equipamento.

Palavras-chave: Processo de Trabalho, Enfermagem, Trabalho em Saúde, Qualidade da Assistência à Saúde

ABSTRACT

In the daily experience of assistance to newborns at high risk is observed that the availability of resources as essential for common sense, such as physical structure in accordance with technical standards, material standing and consumption in adequate quantity and quality, a team trained updated, is not sufficient to ensure the quality of care provided. There are components related to the work process, not clearly identified from day to day, that actually interfere with the final product of work on health, care. This study aims to analyze the process of health work in a Neonatal Intensive Treatment Unit (NICU). This is a non-conventional methodology, adapted to a study of qualitative nature. The delimitation of the search field was cut through a building, represented by the analysis of two clinical cases considered exemplary in terms of number, interventions and procedures which demanded during hospitalization the institution studied. Was used to study series of cases whose career trajectory was called sentinel-and through this were detected sounds that influenced the quality care. We used two tools analysis: the analytical or flow analyzer and the network of application commitment - the tools needed analyze the network that is established the development of the work in NICU. The network of application commitment was constructed through technique the focus group is eligible participate in stage the research all professionals belonging the nursing staff in NICU (managers, nurses and technicians, nursing). The analysis flow the network requests commitments revealed weaknesses in system the contractility, problems records and filing documentation the process errors for assistance. The case centered care in figure the doctor, there is limited participation other professional, team in therapeutic project. There are small interdisciplinary sharing, lack integration and coordination between professionals. Isolated from a more collective and within the interdisciplinary team, this model generates an exclusive dimension caregiver just committed to your subject / object of work - the client. The essential elements to describe the acts of health - attachment, accountability and reception - are little worked in relationship between health professionals the client. Communication is poor predominantly performed by medical records. The work process is fragmented and therapeutic projects are not adequately explained, not negotiated to ensure the integrality of care. This context shows the need for mobilization strategies that strengthen the team work, with focus on integration of care and the needs and client. This fragmentation, the result in work process increasingly specialized and highly technological, often means restriction and differentiation of care, reduction in production services, higher costs, discrimination and selection of customers. For the analysis and discussion the tensions in the work and NICU studied, are useful is necessary to overcome barriers related to communication. Breaking the silence daily life reveal the presence of instituintes processes that were not considered by the model organization and management institutional equipment, and opens possibilities the questions on how it operates and work process to its actions in equipment .

Keywords: Process Work, Nursing, Work in Health, Health Care Quality

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Figura 1: Dimensões do processo de trabalho em saúde	f. 12
Figura 2	Figura 2 - Rede de relações que se estabelece entre a enfermagem e os demais atores sociais presente no lócus do cuidado - Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem (LAPHE) / Escola de Enfermagem Alfredo Pinto / Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro	f. 18
Figura 3	Figura 3 - Distribuição de Ruídos na Trajetória Sentinela do Caso 1, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da Maternidade Y, Rio de Janeiro, 2008	f. 41
Figura 4	Distribuição de Ruídos na Trajetória Sentinela do Caso 2, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da Maternidade Y, Rio de Janeiro, 2008	f. 49
Figura 5	Pontos ruidosos que emergiram nos grupos focais, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da Maternidade Y, Rio de Janeiro, 2008	f. 60
Quadro 1	Pontos ruidosos em comum entre os grupos focais, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da Maternidade Y, Rio de Janeiro, 2008	f.77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:

BAR – Berçário de Alto Risco

Bb – Bilirrubina

BH – Balanço hídrico

BI – Berçário intermediário

CIPE – Cirurgia pediátrica

CO – Centro obstétrico

CPAP – Pressão Positiva em Vias Aéreas

Dxt – Dextrostrix - Fita utilizada no controle de glicemia.

DV – Dias de vida

FO – Fundo de olho

Fio2 - Fração inalada de oxigênio

HMC - Hemocultura

HMG - Hemograma

HMT – Hematócrito

HV – Hidratação venosa

NPT – Nutrição parenteral total

PA – Perímetro abdominal

PC – Perímetro cefálico

PCA – Persistência do canal arterial

PCR – Proteína C reativa

PICC – Catéter central de inserção periférica

PT – Perímetro Torácico

RG – Resíduo Gástrico

RN – Recém-nascido

ROP – Retinopatia da Prematuridade

SOG – Sonda orogástrica

SQE - Padrão Joint Commssion referente à educação e qualificação de profissionais

Tax – Temperatura axilar

TIG – Taxa de ingesta de glicose

TOT – Tubo orotraqueal

TP – Teste do Pezinho

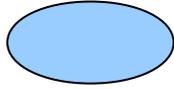
UI – Unidade Intermediária

USTF – Ultrassom transfontanela

UTIN – Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

VAS – Vias aéreas superiores

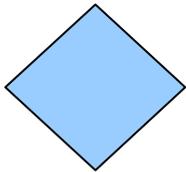
Lista de anotações utilizadas nos fluxogramas



Representa tanto entrada quanto saída de uma unidade produtiva.



Mostra as etapas de trabalho mais importantes da cadeia produtiva, nas quais são consumidos recursos e procedimentos e/ou produzidos determinados insumos.



Representa momentos em que a cadeia produtiva depara-se com processos de decisão



Acrescenta dados ou informações relevantes para análise do processo produtivo.

R

Ruído

☞ SUMÁRIO ☞

CAPÍTULO I

Introdução.....	4
Questões Norteadoras.....	7
Objetivos.....	9

CAPÍTULO II

<i>Revisão bibliográfica.....</i>	10
<i>2.1 O trabalho em saúde.....</i>	11
<i>2.2 A dinâmica do processo de trabalho em saúde: a teia do cuidar.....</i>	17

CAPÍTULO III

Metodologia.....	22
A construção do método.....	23
O plano de coleta de dados.....	25
A construção do fluxograma eixo-usuário.....	27
O grupo focal e a construção da rede de pedidos e compromissos.....	29
Aspectos Éticos.....	30

CAPÍTULO IV

Resultados e Discussão.....	31
4. Em foco os fluxogramas eixo-usuários.....	32
4.1 Síntese da história Clínica do Caso 1.....	32
4.1.1 Fluxograma de internação do Caso 1.....	37
4.1.2 Levantamento dos ruídos do Caso 1.....	38
4.2 Síntese da História Clínica do Caso 2.....	41
4.2.1 Fluxograma da internação do Caso 2.....	46
4.2.2 Levantamento dos ruídos do Caso 2.....	47
4.3 Entrevista com responsável do Caso 2.....	49
4.3.1 Fluxograma da internação – entrevista caso 2 e análise dos ruídos.....	54
4.3.2 Levantamento dos ruídos da entrevista do Caso 2.....	54
4.4 O que há de comum entre as trajetórias? Classificando os Ruídos e resgatando a memória.....	55
4.5 Ruídos nas falas dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.....	59
4.5.1 O Que Pensa e o Que Fala o Grupo 1.....	60

4.5.2 O Que Pensa e o Que Fala o Grupo 2.....	64
4.5.3 O Que Pensa e o Que Fala o Grupo 3.....	67
4.5.4 O Que Pensa e o Que Fala o Grupo 4.....	70
4.5.5 O Que Pensa e o Que Fala o Grupo 5.....	74
4.6 A organização da assistência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Relação entre sujeitos: revendo as redes para desatar os nós.....	76
 CAPÍTULO V	
5. Conclusão.....	84
 CAPÍTULO VI	
6. Referências bibliográficas.....	88
 CAPÍTULO VII	
Apêndices.....	92
Apêndice 1. Fluxograma analisador e descrição do caso 1.....	93
Apêndice 2. Fluxograma analisador e descrição do caso 2.....	113
Apêndice 3. Fluxograma analisador e descrição história (entrevista).....	143
Apêndice 4. Descrição da rede de contratualidade (grupo focal).....	148
 CAPÍTULO VII	
Anexos.....	158
7.1 Autorização do Comitê de Ética.....	159
7.2 Modelo de Termo de Consentimento informado aos profissionais de saúde.....	160
7.3 Modelo de Termo de Consentimento informando ao responsável do segundo caso.....	161
7.4 Roteiro da entrevista com o responsável do caso 2.....	162

1. Introdução:

Este estudo emergiu da minha experiência de 16 anos trabalhando em unidades neonatais; neste período exerci atividades assistenciais e de gerência em instituições públicas e privadas, buscando, intuitivamente, ferramentas que permitissem olhar o processo de trabalho e identificar o modo como está sendo desenvolvido (o porquê, para quem e como é produzido o cuidado) junto ao recém-nascido de alto risco.

Na experiência cotidiana de assistência aos recém-nascidos de alto risco, tenho observado que a disponibilidade de recursos considerados essenciais pelo senso comum, tais como estrutura física em conformidade com padrões técnicos, material permanente e de consumo em quantidade e qualidade adequadas e, uma equipe treinada e atualizada, não são suficientes para garantir a qualidade do cuidado prestado (KRAUSS, 2004; BOSSI, 2007). Há componentes relacionados ao processo de trabalho, não identificados claramente no dia-a-dia, que de fato interferem no produto final do trabalho em saúde, o cuidado. Um “*algo mais*” que agrega tanto o componente técnico como as (inter) relações que se estabelecem na organização do processo e que, se não compromete a qualidade da assistência, pelo menos afeta sua efetividade.

Acredito que há tensões cotidianas no desenvolvimento da atividade assistencial de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Nesse sentido, identificar as tensões e o desdobramento das intervenções assistenciais exigirá um mergulho no lócus da produção do cuidado.

O processo de trabalho em saúde é formado por um conjunto de práticas e técnicas cuidadoras, social e politicamente determinadas pelos trabalhadores, usuários e gestores dos serviços (MERHY, 2004). Seu desenvolvimento requer alguns tipos de tecnologias¹ que,

¹ Segundo Merhy et al (2007), há três tipos de tecnologias em saúde: As tecnologias leves são tecnologias não estruturadas e produtoras de relações interseçoras, envolvendo a produção de vínculo, a autonomização, o acolhimento. As tecnologias leve-duras expressam saberes bem estruturados que operam o processo de trabalho, como a clínica médica, a epidemiologia, a enfermagem, entre outros e também envolve os saberes advindos da prática do cuidar; e as tecnologias duras que são expressões de tecnologias bem estruturadas tais

articuladas, irão determinar a produção do cuidado.

No caso específico das UTIN, o processo de trabalho é permeado adicionalmente por uma série de particularidades relacionadas à assistência a recém-natos gravemente enfermos. Dentre tais particularidades destaca-se: o uso de uma abordagem diagnóstica e terapêutica quase sempre invasiva e agressiva; a freqüente introdução de inovações tecnológicas; o estreito limiar entre as respostas favoráveis e possíveis reações adversas à terapia implementada; a imaturidade de vários sistemas orgânicos dos recém-natos, principalmente os prematuros, que pode limitar as respostas fisiológicas. Neste sentido, o padrão de cuidados requer o envolvimento de uma equipe interdisciplinar qualificada para estabilização das condições fisiológicas do recém-nato.

Portanto, olhar o processo de trabalho em saúde, é analisar o espaço micropolítico do cuidar e perceber como se dá as relações entre os trabalhadores de saúde e clientes. Neste locus de enfrentamentos estão agregados tanto o componente técnico quanto as (inter) relações que se estabelecem entre aqueles que cuidam. Logo, se temos um cotidiano tecnicamente satisfatório e, mesmo assim, repleto de tensões é importante lançar o olhar sobre as relações que se processam a nível micropolítico, com o intuito de (re) construir a(s) rede(s) que se estabelece(m) na produção do cuidado. Trata-se de uma cartografia da tensão e dos estranhamentos presentes nas amarras das redes sociais das instituições.

De forma análoga à sociedade, há nas instituições de saúde, interações de diversas ordens - econômicas, psíquicas, culturais, políticas, éticas, emocionais que configuram um sistema. Cada sistema traz consigo complementaridades e antagonismos reguladores de enormes perturbações que, em vez de destruí-lo, o mantêm vivo e em funcionamento (MORIN, 1998).

O processo de trabalho nas instituições de saúde envolve sujeitos com necessidades de

como equipamentos, máquinas, como também as normas e estruturas organizacionais.

agir e sentir, com visões particulares do mundo. Trata-se de um “*trabalho vivo*” e, por natureza, não previsível (MERHY et al., 2007).

Neste sentido, o processo avaliativo pode funcionar como um instrumento de gestão capaz de se desdobrar em intervenções assistenciais que privilegiem a garantia da qualidade do cuidado, e descrever experiências diversas que agregam obstáculos visíveis e invisíveis.

Avaliar, no entanto, não é em geral uma tarefa fácil, uma vez que requer *estranhar* tudo aquilo que nos é familiar, que faz parte do cotidiano assistencial. Identificar a tensão e os estranhamentos existentes entre o duplo instituído/instituinte requer um distanciamento e um tempo nem sempre disponíveis entre as equipes de trabalho.

Diversos estudos têm se voltado para a avaliação dos serviços de saúde e ao processo de gestão em saúde (MERHY, 2004; COSTA e RIBEIRO, 1998; JORGE, 2002; GONÇALVES, 1994; HARTZ, 1997; ONOKO, 1997), revelando o interesse das equipes e dos gestores em discutir a qualidade da assistência prestada.

Ao analisar e repensar o modo como operam cotidianamente o seu “*saber-fazer*”, os profissionais de saúde contribuem para a qualidade da assistência prestada, podendo alterar o modo como operam o cuidado e como se relacionam intra e extra serviço, propiciando a reconfiguração das relações estabelecidas.

Esse estudo pretende, através da análise do processo de trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, identificar obstáculos invisíveis que possam interferir na qualidade do cuidado prestado, gerando sombras e contradições não são identificadas pelos gestores e pelos profissionais de saúde imersos no cotidiano assistencial.

O cotidiano institucional se expressa, assim, como uma dobra (do sentido e do sem sentido), tanto nos planos individuais como nos coletivos, guardando particularidades. Há assim, no desempenho da ação, inúmeros processos ruidosos que operam em cada singularidade, bem como entre elas. Tais ruídos² representam obstáculos visíveis e invisíveis,

² Para MERHY (1997) ruídos são elementos que destoam, “estranhamentos” ou contradições do processo de

tensões, contradições e estranhamentos no processo de trabalho.

O dia-a-dia dos serviços de saúde tem explicitado problemas que dificultam o cumprimento efetivo da missão destes serviços. Constituem falhas evidentes na atenção e gestão dos serviços de saúde a insuficiência de recursos financeiros, o uso clientelista das políticas de saúde, a baixa eficiência e efetividade, a desumanização dos serviços com frágeis vínculos, a falta de acolhimento dos usuários, o baixo impacto das ações de saúde sobre os problemas da população e a campanha incisiva da mídia para desmoralizar as ações do setor público (JORGE, 2002).

Para Merhy (2004), a abertura de um espaço às ações e movimentos instituintes cria um ambiente favorável à construção do novo, com base em um projeto assistencial construído coletivamente voltado para a resolução das necessidades do cliente; sendo esta a força motriz que me levou a desenvolver essa pesquisa.

Com base na minha experiência, acredito no potencial daqueles que fazem parte do processo de cuidar. No entanto, identifico que analisar e avaliar não são tarefas fáceis, pois exigem a participação de todos os atores sociais presentes no lócus do cuidar; além do mais, será necessário a utilização de ferramentas analisadoras com potência suficiente para permitir um olhar sobre o espaço micropolítico e sobre as relações que lá se processam.

A análise do processo de trabalho em uma UTIN permite a abertura da caixa preta que envolve os processos de produção do cuidado e o desvelamento da dinâmica envolvida nos modelos tecnológicos de saúde.

Com base nos pressupostos descritos anteriormente, foram estabelecidas para o estudo as seguintes **questões norteadoras**:

- a) Como se estabelece o processo de trabalho em saúde na UTIN?
- b) Como se estabelece a articulação entre a equipe de enfermagem da UTIN e os diversos

trabalho que poderão ser identificados através de trajetórias sentinelas ou outros dispositivos utilizados para análise da produção molecular do cuidado.

profissionais envolvidos intra e extra serviço para a efetivação do cuidado?

c) Que ruídos interferem no processo de trabalho na UTIN?

d) O que a equipe de enfermagem da UTIN refere sobre os ruídos identificados nas trajetórias-sentinelas e sobre a rede de relação estabelecida no espaço micropolítico do cuidar?

Objetivos

- Geral:

Analisar o processo de trabalho em saúde de uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

- Específicos:

✓Estudar o processo de trabalho em saúde no interior de uma UTIN a partir de casos traçadores.

✓Analisar a rede de relações estabelecidas entre a equipe de enfermagem da UTIN e os diversos profissionais envolvidos intra e extra serviço.

✓Identificar e analisar a existência de “ruídos” no processo de trabalho da equipe de saúde na atenção ao recém-nascido de alto risco em um UTIN.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2. Revisão bibliográfica:

2.1 O trabalho em saúde

O trabalho é o meio através do qual o homem se relaciona com o homem, utilizando a natureza para construir sua história e transformá-la, estabelecendo mediações para ambos se modificarem. Porém, o homem se apodera da natureza e a utiliza para sua própria vida (WITKOSKI, 2000).

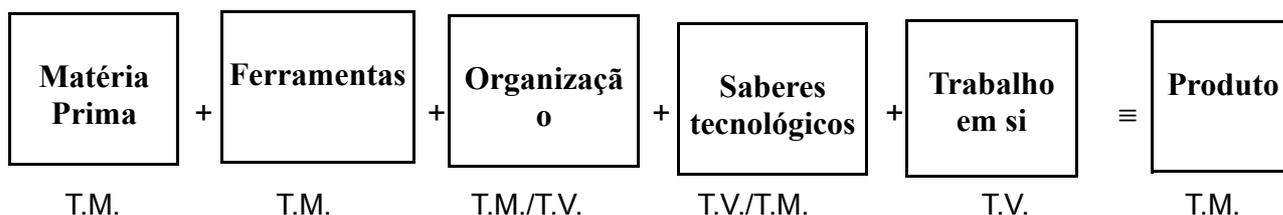
Malik & Schaiesari (1998) afirmam que o processo de trabalho em saúde abrange, grosso modo, todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes. Portanto, falar de processo de trabalho é lançar um olhar sobre o processo que envolve seres humanos (com suas subjetividades, culturas, necessidades, desejos e anseios) e tecnologias - elementos determinantes no modo de agir em saúde e na qualidade do produto final.

O trabalho não pode ser compreendido somente em sua dimensão operativa, mas como práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção. Assim, o trabalho “*produz*” o homem, sendo a expressão de seus interesses e da satisfação de suas necessidades, de acordo com sua cultura e sociedade a que pertence (WITKOSKI, 2000).

No capitalismo, o processo de trabalho possui duplo sentido, o abstrato (valorização e acumulação) e o concreto (processo técnico, o modo de produzir). Tendo como elementos essenciais o objeto, os instrumentos ou meios de trabalho, a finalidade ou o próprio trabalho e o produto final (OLIVEIRA et al., 2006).

Para entendermos um pouco mais sobre a dinâmica do processo de trabalho em saúde, recorreremos a Merhy (1997) que estabelece uma relação entre a produção de um sapato pelo artesão e a produção do cuidado no setor de saúde, relacionando a forma como o trabalho morto e o vivo, se expressam³:

³ Este tema sobre as dimensões vivas e mortas do trabalho humano é tratado pelo autor em um texto denominado “Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato” Merhy e Onocko (1997).



T.M. - trabalho morto

T.V. - trabalho vivo.

Figura 1: Dimensões do processo de trabalho em saúde

Na Figura 1 vemos que como conseqüência do processo de trabalho há um produto, resultado do encontro do trabalho em si (executado pelo homem) com certas matérias-primas. As matérias-primas não estão prontas na natureza; são produtos de trabalhos humanos que as *concretizaram e/ou materializaram*. Este somatório dará origem a um produto, que no âmbito da saúde será o cuidado. Cada elemento de acordo com sua natureza poderá expressar-se como trabalho morto ou trabalho vivo.

As matérias-primas são produtos de trabalhos humanos anteriores, que nos seus *momentos de ação* tinham uma dimensão *viva*, mas que agora como produto/matéria-prima expressam um **trabalho morto**, resultado do **vivo** que anteriormente o produziu.

No processo de trabalho em saúde a matéria-prima são os problemas sentidos pelos usuários do sistema e, como estes usuários são seres humanos, possuem um corpo físico, psíquico, cultural, social e político (LEPARGNEUR, 1994). Portanto, poderemos ter os mais variados tipos de problemas de saúde, que irão depender do motivo que mobilizou o cliente a procurar a assistência.

O *problema de saúde* é um fato concreto que é sentido pelo usuário do serviço de saúde, logo ele é **trabalho morto** que fará com que se mobilize todo um processo na busca da

proteção, cura e reabilitação do usuário.

As ferramentas utilizadas no desenvolvimento do processo de trabalho, também são vistas como as matérias-primas, pois são resultados de trabalhos anteriormente produzidos. Estetoscópio, termômetro e esfignomanômetro são exemplos de instrumentos manufaturados pelo homem que representam **trabalhos mortos**, fruto de trabalhos vivos (ato de fazer) materializados.

O trabalhador utiliza-se da matéria-prima e da ferramenta no desenvolvimento de seu processo de trabalho; mas somente esses elementos não são suficientes para chegar ao produto final; antes de tudo é preciso que esse trabalhador possua certo **saber tecnológico**, que lhe permita dar, pela sua ação concreta em si de trabalhar, dentro de certa maneira organizada de realizá-lo, formato de um produto ao desenho imaginário que tem em sua mente, expressando o seu projeto.

Trata-se de um saber complexo que é, em última instância, parte fundamental do *saber-fazer*, que no processo de produção está contido na **dimensão da organização** do processo de trabalho. Faz parte dele, por exemplo, o conhecimento sobre a matéria-prima adequada, os instrumentos necessários e o modo como irá organizar temporalmente estes conhecimentos, enquanto atividades, como um processo de produzir. Isto é, o que deve ser feito antes, como deve ser feito, quanto se deve esperar para realizar os atos seguintes de produção, e assim por diante.

Do ponto de vista do processo de trabalho em saúde, o *saber-fazer* envolve conhecimento científico (saberes estruturados) e o conhecimento proveniente da prática, do dia-a-dia de cuidar. Está contido em uma **dimensão organizadora** que permite que este cuidado seja efetivo.

Estas duas dimensões, a da **organização** e a do **saber tecnológico**, não se comportam como a matéria-prima e a ferramenta, pois neles o sujeito que realiza o trabalho, tem

importância. A sua história, suas habilidades, inteligência, capacidade inventiva pode operar organizando os processos e compondo os saberes tecnológicos.

Assim, dizemos que nestes dois momentos do processo produtivo, o da organização e o do saber, há uma situação dupla: a presença de saberes, tecnológicos e organizacionais, produzidos anteriormente e apreendidos pelo sujeito, que expressam trabalhos anteriores e se colocam como representantes do trabalho morto, mas que sofrem a influência real do trabalhador concreto que está atuando e o seu modo de colocá-los no ato produtivo, como representantes do trabalho vivo em ato. Isto faz com que haja a *combinação de trabalho vivo e trabalho morto* (MERHY et al., 1997).

Na dimensão organização, o trabalho **morto** prevalece, pois esta dimensão tende a ser mais estruturada, mais governada. Há, por exemplo, as técnicas, os protocolos ou o passo a passo da realização do cuidado em saúde, que é padronizado, ritualizado.

Já no campo do saber tecnológico, ou seja, do saber-fazer em saúde, o profissional tem maior grau de liberdade, o que leva a prevalência do trabalho **vivo**.

A noção de tecnologia aqui utilizada inclui certos saberes que são constituídos para a produção de produtos singulares, e mesmo para organizar as ações humanas nos processos produtivos, inclusive em sua dimensão inter-humana - tecnologias duras, leve-duras e leves (MERHY et al., 1997).

O momento do trabalho em si é expresso, de modo exclusivo, pelo **trabalho vivo em ato**. Este momento é marcado pela total possibilidade do trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima, porém o exercício deste grau se relaciona com a presença simultânea das quatro dimensões anteriores, o que nos permite dizer que deve haver processos de trabalho bem diferenciados nos modos como estas relações simultaneamente ocorrem.

Há processos produtivos nos quais o peso das dimensões que expressam o *trabalho morto é maior que o do trabalho vivo*, e há outros que se manifestam de modo contrário.

Como exemplo do primeiro caso, um **processo trabalho morto centrado**, podemos citar a produção de uma máquina em uma metalúrgica, e como do segundo caso, um **processo trabalho vivo centrado**, citamos o cuidado de enfermagem.

O processo de captura do trabalho vivo pelo trabalho morto em certas produções são diferenciadas, ou vice-versa, permitindo-nos imaginar situações nas quais o exercício do **protagonismo/liberdade** ou do **protagonismo/reprodução** estejam ocorrendo no interior do mundo geral da produção, inclusive no âmbito da produção do cuidado em saúde.

O objeto de trabalho em saúde e suas dimensões (biológica, psicológica, social e cultural) possibilitam a construção da atenção integral, suprindo as necessidades em saúde nas variadas intervenções profissionais.

No processo de trabalho na UTIN, de acordo com o quadro clínico do bebê, teremos o desenvolvimento específico de certos cuidados que são compatíveis com a evolução do RN, construindo assim, uma relação com o conhecimento, os instrumentos e as necessidades do cliente (SCOCHI, 2000).

Três aspectos essenciais marcam o processo de trabalho em saúde. Primeiramente como sendo um *processo de trabalho*, com direcionalidade técnica própria que envolve instrumentos (tecnologias) e força de trabalho. Segundo como sendo um *serviço*, "não igual ao da indústria", mas guardando uma especificidade própria como um serviço, envolvendo valor de uso e valor de compra. Por último vemos que é um processo que se funda numa *inter-relação pessoal* grande, já que se estabelece entre pessoas (cliente *versus* trabalhador e trabalhador *versus* trabalhador) e não sob objetos; os sujeitos presentes contribuem para a garantia da eficácia e eficiência do processo, sendo o cliente um co-participante e co-responsável pelo resultado da ação terapêutica (OLIVEIRA et al., 2006).

Portanto, o trabalho em saúde possui características inerentes a qualquer processo de produção, tendo valor de uso e valor de troca; que no capitalismo são mediados pelo mercado.

Campos (1992) relata como funciona o mercado da saúde em relação ao **valor de compra** e ao **valor de uso** dos produtos fornecidos neste sistema. No caso da saúde, o usuário de um serviço vai atrás do consumo de algo (ações de saúde) que para ele tem um **valor de uso** importante. Isto representa *a manutenção ou o restabelecimento de sua saúde*, cuja finalidade é mantê-lo vivo e com autonomia para exercer o seu modo de caminhar na vida. Como há uma necessidade do mercado em consumir este produto (atos de saúde), este processo adquire um **valor de compra** que é repassado aos profissionais de saúde. Mas este produto (produto das ações de saúde) tem uma característica peculiar, pois o consumo se dá imediatamente na produção da ação, não sendo ofertado como um produto externo, materializável (não confundir com o consumo de procedimentos ou técnicas); se dá nos momentos finais (nos momentos assistenciais) e envolve a relação entre os sujeitos. Logo, somente existe como produto para os “dois” em ato, não existindo sem o momento da relação em processo.

Segundo Merhy (1997), para termos um produto em saúde de qualidade é necessário garantir o acesso do usuário ao sistema de saúde; fazer com que sua necessidade seja ouvida, para que possa ser atendida e suprida por profissionais de saúde capacitados; e que haja serviços com infra-estrutura adequada capaz de fornecer tudo o que for preciso para o desenvolvimento do processo de trabalho. Todavia, somente poderemos constatar se o objetivo final foi alcançado com êxito, se avaliarmos a qualidade do produto final (cuidado) e a satisfação da clientela assistida; já que cuidar é fazer com que o outro se sinta cuidado e tenha as suas necessidades satisfeitas.

2.2 A dinâmica do trabalho de enfermagem: a teia do cuidar

O processo de trabalho de enfermagem, de uma maneira geral, busca a satisfação das necessidades de sua clientela, visando a reabilitação, a proteção e a promoção da saúde,

através da qualidade da assistência prestada.

Lançar um olhar sobre o processo de trabalho da Enfermagem é ver que este processo se desdobra em diversas etapas no decorrer das 24 horas ininterruptas de assistência; envolvendo (rel) ações entre a equipe de enfermagem e os diversos sujeitos (gestores, profissionais de saúde e usuários) presentes no local aonde se estabelecem o cuidado.

O processo de trabalho requer o uso de alguns tipos de tecnologias que, articuladas, irão determinar a produção do cuidado (MERHY, 2004). De acordo com a articulação tecnológica estabelecida, este produto final, poderá estar ou não vinculado à qualidade.

A definição de qualidade denota um grande espectro de características desejáveis ao cuidado que incluem: efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica. Logo, avaliar a qualidade do cuidado é um procedimento complexo que demanda, por vezes, conhecimentos objetivos e subjetivos inerentes ao processo de cuidar (VUORI, 1991).

A enfermagem ao desenvolver o processo de trabalho estabelece relações com diversas unidades/setores (farmácia, nutrição, almoxarifado, equipe médica, entre outros), firmando *pactos* importantes para execução e resolução de tensões existentes no cotidiano assistencial.

As primeiras imagens divulgadas, no século passado, sinalizam o papel da enfermeira na instituição hospitalar, no qual todo o processo de trabalho institucional encontrava-se centrado na enfermeira, tornando-a responsável por tudo e por todos (Figura 2).

A enfermeira, através do processo de cuidar, tece diversos fios de articulação e pactos com os mais variados serviços, que de uma maneira ou de outra estão interdependentes ou interligados à produção do cuidado de enfermagem. Portanto, ao desenvolver o seu trabalho, a enfermagem tece redes diversas, estruturadas através de diversos pontos de conectividades entre os usuários e os trabalhadores de saúde presentes no local de trabalho - serviços e unidades. Estas redes são fundamentais para o desenvolvimento do processo de cuidar de

enfermagem.



Figura 2 - Rede de relações que se estabelece entre a enfermagem e os demais atores sociais presente no locus do cuidado - Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem (LAPHE)/ Escola de Enfermagem Alfredo Pinto / Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rupturas nesta rede se não comprometem a qualidade do cuidado prestado, fazem com que a enfermeira mobilize novos pontos de conexões na busca da resolução de problemas.

Um modo particular de pensar o processo de trabalho é através da metáfora da aranha (FIGUEIREDO et al., 1998), na qual a enfermeira é a **aranha** que tece a sua teia ao produzir o cuidado. Fios verticais, horizontais e transversais entrecruzam-se, formando conexões mais fortes ou mais tênues, cruciais para a sustentação da teia. A **produção da teia** caracteriza o processo de trabalho de enfermagem, que envolve o uso de *tecnologias* entre os diversos

sujeitos presentes nos locais aonde é desenvolvido.

Um ponto importante é o *lugar* onde a enfermeira-aranha constrói sua teia; umas em troncos bem altos, outras em muros rasteiros. As particularidades deste *lugar*, locus de enfrentamentos diversos, determina (des) acordos, (des) compromissos e (con) tradições que definem na teia, a diferenciação entre suas formas, seus contornos e suas fronteiras. A aparente fragilidade dos fios visíveis guarda a complexidade de um tecido resistente.

No processo de tecer, a enfermeira-aranha define, ainda que (in) conscientemente, parcerias, alianças e rupturas que poderão contribuir positivamente, ou não, para a qualidade do cuidado prestado ao cliente – teoricamente elemento central do seu trabalho.

A metáfora da aranha e sua teia deixa claro como a enfermeira constrói suas redes ao desenvolver diariamente o processo de trabalho. Analisá-la, dará oportunidade a todos os elementos envolvidos, de entender o que acontece nos *bastidores*, identificando os nós, os ruídos ou tensões existentes no processo cotidiano de tecer o cuidado de enfermagem.

A análise dos ruídos servirá de base para o entendimento do processo de trabalho, isto é, o modo como é feito, por que e para quem. É entender como a enfermeira-aranha, no seu cotidiano, e de acordo com os interesses em jogo, constrói a *teia do cuidar*.

O cenário desta pesquisa envolve um serviço com características peculiares, tais como: demanda de grande diversidade de profissionais, devido ao perfil de gravidade do cliente neonatal, e grande aporte de tecnologias duras e leve-duras (monitores multiparâmetros, bombas infusoras, ventiladores multiprocessados, etc.). O cliente neonatal possui também particularidades que são: uma linha homeostática muito tênue, o que requer uma intensa atenção e proximidade profissional-cliente no desenvolvimento dos cuidados prestados e, a presença da família como porta-voz; estando sempre ao seu lado e devendo ser incluída no processo de trabalho de enfermagem.

A proximidade constante na relação (inter) profissional e clientes, associada à

dinâmica acelerada da UTIN, compromete em algumas circunstâncias o processo de identificação de problemas no dia-a-dia.

Daí a necessidade do uso de ferramentas que possibilitem aos profissionais, que trabalham com o cliente neonatal de alto risco, olhar a “teia” do cuidar. Quais os interesses que estão em jogo. O porquê, para que e para quem está sendo produzido o processo de trabalho na UTIN.

METODOLOGIA

3. Metodologia

Neste estudo foi adotada uma metodologia não convencional, adaptada a um estudo de natureza qualitativa (MERHY, 2007). A abordagem qualitativa, por se mover sob a superfície de resultados, revela processos de vida que contribuem para a melhora contínua do cuidado prestado, uma vez que a qualidade é propriedade inerente aos fatos e relações sociais. Reconhecer, recortar e investigar (micro) processos sociais requer a definição do caminho a ser trilhado.

Trata-se de um estudo avaliativo que utiliza a abordagem qualitativa. Através desta abordagem foi possível aprofundar e retratar a realidade, compreender a dinâmica das situações, os contrastes e comparações, caminhando para a avaliação do universo das significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores (MINAYO, 2001).

O **cenário** da pesquisa foi a UTIN de uma instituição pública, localizada no Município do Rio de Janeiro, definida como centro de referência à gestantes de alto risco, cuja missão é: *“Realizar pesquisa, ensino e assistência de referência no âmbito da saúde da mulher, da criança e do adolescente; constituindo-se em pólo gerador e difusor de tecnologias nestes campos, bem como em Centro de Referência para o Sistema Único de Saúde”*.

Esta instituição busca neste momento a qualificação do trabalho em saúde através do processo de acreditação, o que facilitou tanto a adesão institucional quanto dos profissionais envolvidos no estudo.

A delimitação do campo de pesquisa se deu através de um recorte institucional, representado pela análise de dois casos clínicos considerados exemplares em função do conjunto de intervenções e procedimentos que demandaram durante o período de internação na instituição estudada.

Foram sujeitos da pesquisa 30 profissionais de saúde lotados na UTIN e a mãe de um dos recém-natos, cujo caso foi objeto de análise desta investigação. Dos participantes, 28

integram a equipe de enfermagem da UTIN (sete enfermeiros, um residente de enfermagem e vinte técnicos de enfermagem); um auxiliar de serviços gerais e uma secretária do arquivamento.

Um médico plantonista participou apenas da etapa de apresentação dos casos (1º momento), não sendo, portanto, computado entre o grupo de participantes. No momento da discussão e da construção da rede de pedidos e compromissos este profissional retirou-se, justificando a saída em função das necessidades do setor (UTIN). Dois membros da equipe de enfermagem participaram da dinâmica em duas oportunidades, alegando: *“Não ter falado tudo que queriam...”*

Todos os profissionais que fazem parte do processo de trabalho da UTIN, e que estavam de plantão nos horários de realização dos grupos focais, foram convidados a participar, sendo orientados sobre os objetivos da pesquisa e a dinâmica de grupo.

Na seleção dos casos foram incluídos apenas recém-nascidos com idade gestacional abaixo de 32 semanas e peso ao nascer inferior a 1.500 gramas, internados no período compreendido entre janeiro de 2007 e abril de 2008. Tal escolha se justifica pelo fato deste subgrupo mobilizar extensa rede de relações, assim como consumir grande variedade de produtos/insumos durante o período de internação.

Considerando que o processo de trabalho e as relações que se processam no lócus de produção do cuidado ao RN de alto risco têm características extremamente dinâmicas, estes foram examinados em uma de suas formas de realização e observados, portanto, a partir de certo ângulo (JORGE, 2002).

Neste estudo, o processo de trabalho em saúde é entendido como tecnologia que contempla o saber e seus desdobramentos em técnicas materiais e não-materiais que, ao dar o sentido técnico ao processo, dão-lhe um sentido social articulado, já que envolve relações e tecnologias em seu desenvolvimento (GONÇALVES, 1994).

Foram utilizadas duas ferramentas de análise: o **fluxograma analítico ou analisador** e a **rede de petição e compromissos** – instrumentos necessários para análise da rede que se estabelece no desenvolvimento do processo de trabalho na UTIN.

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas distintas. A primeira compreendeu a construção de três trajetórias-sentinelas, derivadas de dois estudos de caso e de uma entrevista. A segunda etapa envolveu a configuração de redes de pedidos e compromissos, estruturadas através das discussões de grupo e marcada pelas contratualidades estabelecidas entre os diversos atores sociais envolvidos na assistência da unidade de terapia intensiva.

O uso da informação proporcionada pelo estudo das trajetórias-sentinelas⁴ traçadas a partir do perfil selecionado, permitiu a identificação de ruídos relacionados à micropolítica do processo de trabalho, que poderiam ser capazes de influenciar na efetividade do cuidado de enfermagem. A análise dos casos clínicos permitiu o estudo das trajetórias-sentinelas e o levantamento das tensões existentes no processo de trabalho de enfermagem.

Neste tipo de delineamento não cabe a utilização de amostragem probabilística, uma vez que o estudo de um único caso já possibilita a construção do objeto e de suas características essenciais (GONÇALVES, 1994,).

A trajetória-sentinela, dispositivo analisador da qualidade de assistência, permite avaliar conjuntamente todo processo assistencial e resultados, sinalizando ruídos ao longo do acompanhamento do caso índice; momentos e formas de operacionalização do trabalho vivo (JORGE, 2002) e da produção do cuidado - objeto dessa pesquisa. A potência explicativa deste estudo “(...) *não decorre da quantidade de observações, mas da coerência estrutural e/ou temporal das relações que podemos observar*” (CONTANDRIOPOULOS, 1994).

A investigação e análise das trajetórias-sentinelas permitem realizar a discussão sobre o processo de trabalho na UTIN. A quebra do silêncio do cotidiano desvela a presença de

⁴ Para Jorge (2002) a trajetória-sentinela representa uma combinação de estudo de processo e resultado; sendo denominado como sentinela por sinalizar por meio de ruídos detectados ao longo de sua extensão, os momentos e as formas de operacionalização do trabalho vivo que se dão no espaço micropolítico do cuidado.

processos instituintes, bem como abre possibilidades de interrogações sobre a maneira como se opera o processo de trabalho e o sentido de suas ações naquele equipamento. Do mesmo modo que no fluxograma, através das entrevistas pode-se também evidenciar ou confirmar *ruídos* analisadores que possibilitaram a exposição da micropolítica do trabalho.

O estudo retrospectivo dos casos deu origem a três fluxogramas analisadores (Apêndices 1, 2 e 3), que permitiram ordenar os fatos cronologicamente. O fluxograma é um diagrama-resumo que permite esquematizar os processos chaves que ocorrem e caracterizam um serviço ou unidade de saúde, identificando os ruídos que acontecem no desenvolvimento do processo de trabalho (MERHY e ONOCKO, 2007). Esta estratégia possibilita identificar:

- a) Os fatores relacionados à coordenação, continuidade e integralidade do cuidado de enfermagem;
- b) Os conflitos ou tensões existentes no processo de trabalho e o quanto estes elementos podem interferir (positivamente ou não) na qualidade e efetividade do cuidado prestado;
- c) Como e por quem é conduzido o processo de coordenação do cuidado ao RN na UTIN;
- d) Como se dão as relações entre as diversas equipes/setores assistenciais ou de apoio na assistência ao RN de alto risco;

Na primeira etapa do estudo, para a construção dos fluxogramas analisadores, foram utilizados os registros de prontuário (memória escrita) que documentam a passagem dos RNs pela unidade. A análise retrospectiva dos registros exigiu ordenar os fatos cronologicamente; identificar os serviços envolvidos e as unidades assistenciais utilizadas; localizar os resultados de exames, evoluções de enfermagem e pareceres médicos; analisando o seu uso, na tomada de decisões, em relação às condutas, definindo a lógica assistencial instaurada.

A memória não-escrita de um dos casos estudados foi resgatada através da entrevista semi-estruturada realizada com a mãe do recém-nato do segundo estudo de caso. A entrevista foi gravada após autorização da entrevistada, sendo-lhe garantido o anonimato. A entrevista

supõe uma conversação continuada entre informante e pesquisador, e o tema sobre o que versa é escolhido por este último, por convir com seu trabalho. Assim, o pesquisador é quem dirige a entrevista, orientando o informante para discorrer sobre o tema. A entrevista não é apenas um trabalho de coleta de dados, mas também um momento de interação entre entrevistador e entrevistado. Tal movimento do entrevistado com o entrevistador não representa risco de comprometimento da objetividade ou falha, mas uma condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva.

Foi proposta para a mãe do recém-nato do segundo caso a seguinte questão:

✓Fale sobre a experiência vivida por você durante o processo de internação de seu bebê em uma UTI neonatal.

O material resultante desta entrevista foi organizado através de um fluxograma (Apêndice 3). O relato da mãe permitiu recuperar a história clínica do recém-nascido e informações sobre o processo de trabalho de enfermagem. Na entrevista seguiu-se um roteiro que orientou a mãe a falar dos seguintes aspectos: história obstétrica; momentos especialmente bons e ruins; pontos positivos e negativos vividos no período de internação do bebê na UTIN; aspectos de estrutura, rotinas e protocolos utilizados na UTIN.

Nos fluxogramas analisadores foram utilizados os seguintes símbolos:

#Elipse: Representa a entrada ou saída de uma unidade de produção (cuidado).

#Retângulo: Mostra a etapa de trabalho mais importante da cadeia produtiva; aonde são consumidos recursos e procedimentos ou produzidos insumos.

#Paralelogramo: Figura utilizada quando se deseja apresentar dados ou informações relevantes para análise do processo produtivo.

#Losango: Representa momentos em que a cadeia depara-se com momentos de decisão.

#R (ruído): São os elementos que destoam, os “estranhamentos” ou as contradições que ocorrem no processo produtivo.

Através da análise dos ruídos identificados nos fluxogramas, foi possível identificar os aspectos relacionados ao processo de trabalho e suas repercussões sobre a organização e funcionamento da UTIN (MEHRY, 2004).

Na segunda etapa da investigação foram realizados cinco grupos focais, que reuniram 31 profissionais. A dificuldade de participação dos profissionais em um único encontro exigiu que uma estratégia alternativa fosse implementada. A equipe de enfermagem da UTIN desenvolve suas atividades através de uma escala de trabalho de 12 x 60 horas, o que favorece que alguns de seus membros tenham mais de um vínculo empregatício, mas, no entanto, dificulta o deslocamento dos profissionais do seu local de trabalho.

Desta forma a dinâmica foi reproduzida cinco vezes de forma a atender as escalas de trabalho de todas as equipes que compõe a UTIN. As dinâmicas foram realizadas em horário destinado a intervalo (lanche) da equipe, a fim de favorecer a ampla participação do grupo. Todas as dinâmicas duraram entre 60 e 90 minutos.

Foi discutida a viabilidade da proposta de realização dos grupos focais com a chefia de enfermagem da instituição através da apresentação sintética da pesquisa, com destaque para a metodologia. Esta atividade foi intermediada pela enfermeira responsável pelo Serviço de Vigilância de Risco. Esta profissional trabalha a vinte anos na instituição estudada e gerenciou o serviço de enfermagem da UTIN, sendo considerada referência entre aqueles que trabalham na UTIN.

Esta apresentação contou com a presença da Enfermeira Mestranda Patrícia de Araújo Marques; da Prof^a. Dra. Enirtes Caetano Prates Melo; de uma enfermeira diarista; da enfermeira-chefe da UTIN e da enfermeira colaboradora da pesquisa que pertence ao serviço de Vigilância de Risco.

A partir deste encontro foram marcadas as datas de realização dos grupos focais e, imediatamente, dado ciência a chefe do setor que intermediou o processo de divulgação da

pesquisa e seus objetivos junto à equipe de enfermagem.

Com base na escala de serviço do setor, foram agendados três encontros no período da tarde (16h00min às 17h00min), um encontro pela manhã (10h00min às 11h00min) e um encontro à noite (21h00min às 22h00min). Os horários foram escolhidos pelo corpo funcional da instituição. A escolha pelo período da tarde se deu pelo fato de tratar-se de horário que permitiria o afastamento de parte da equipe do setor já que, em geral, representa um período de menor fluxo de trabalho na UTIN. A disponibilidade de horários nos períodos da manhã e da tarde tiveram como objetivo favorecer a ampla participação da equipe.

Antes do início de cada um dos grupos focais foram prestados esclarecimentos em relação a: desenvolvimento da dinâmica, duração, papel do moderador, garantia de sigilo das informações, compromisso de retorno da análise e necessidade de gravação. A dinâmica se desenvolveu em dois momentos: O primeiro envolveu a descrição da dinâmica e dos três fluxogramas eixo-usuário; indicando os ruídos observados nas trajetórias-sentinelas e discutindo-os, caso o grupo considerasse necessário. Os fluxogramas analisadores construídos, a partir dos casos e da entrevista, foram apresentados através de cartazes e funcionaram como elemento de incentivação inicial na discussão sobre os ruídos existentes no processo de trabalho da UTIN.

No segundo momento, propôs-se a construção da rede de pedidos e compromissos, a partir da discussão sobre as necessidades, os pedidos e os compromissos dos membros da equipe de enfermagem com os setores/serviços/equipes elencados como **ruídosos**. A rede de petição e compromisso foi construída através da técnica de grupo focal, sendo elegíveis para participação nesta fase da pesquisa todos os profissionais pertencentes à equipe de enfermagem da UTIN (gestores, enfermeiros e técnicos de enfermagem).

O grupo focal é uma técnica de entrevista em grupo muito utilizada para obter dados relativos a sentimentos e opiniões de pequenos grupos acerca de determinados problemas, e

também para desencadear conhecimentos, atitudes e práticas de alguns grupos sociais (MORGAN, 1988).

Nesse grupo, os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre uma questão específica em ambiente permissivo e não-constrangedor. Esta técnica é recomendada pela maior possibilidade que oferece para pensar coletivamente sobre uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas (JORGE, 2002).

Segundo Pereira (2001), o grupo focal deve ser composto por integrantes que compartilhem traços em comum e possuam experiência prévia do assunto a ser abordado. Refere também que não há tamanho fixo ideal para um grupo; cada caso deverá ser avaliado pelo pesquisador, podendo este número variar entre seis a vinte participantes.

As reuniões dos grupos focais contaram com a presença de um moderador, no caso desta investigação foi o pesquisador principal, que interveio, no intuito de focalizar e aprofundar a discussão em torno do tema proposto: *“o processo de trabalho na unidade de terapia intensiva neonatal e os ruídos que, no dia-a-dia, interferem na qualidade do cuidado prestado”*.

Na construção da rede de petição e compromisso foi solicitado que os grupos escolhessem três setores considerados ruidosos no processo de assistir ao RN na UTIN. Foram utilizados papel pardo e caneta hidrocor como recurso didático destinado à construção da rede. A partir daí foram traçados os pedidos e compromissos que deveriam ser pactuados entre os diferentes níveis/unidades. Foi solicitado aos membros da equipe de enfermagem que se colocassem no lugar do outro setor/serviço para que, assim, fossem definidos pedidos e mecanismos formais de articulação (compromissos mútuos).

Foram consideradas como unidades ruidosas aquelas que possuísem algum problema/dificuldade em relação aos pactos e contratualidades estabelecidas. Contratualidades representam todos os acordos, negociações ou pactos, formais ou não, estabelecidos entre os

setores/unidades na prestação do cuidado. A quebra destas contratualidades gera ruídos, que se não influenciam diretamente no processo de trabalho de enfermagem, pelo menos dificultam que este seja executado com toda a potencialidade que lhe é própria.

Durante o grupo focal, além de apontar os setores ruidosos, os participantes descreveram a relação entre os diversos níveis/unidades para o provimento do cuidado. Com vistas a apreender a fala na íntegra e nas minúcias, foi utilizado gravador com sistema digital, cujo conteúdo foi transferido para o computador por cabo USB e transcrito para um editor de textos.

A pesquisa, que atendeu a resolução de número 196/96, foi aprovada pelo protocolo de número 0009/08, do Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Fernandes Figueiras, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, e realizada sob os termos do consentimento livre e esclarecido. Procedimentos para impossibilitar a identificação dos indivíduos e para a manutenção da confidencialidade dos dados dos pacientes foram adotados, sendo assegurado sigilo quanto à identificação dos pacientes e dos profissionais participantes do estudo.

Os dados coletados e disponibilizados para a pesquisa foram acessados exclusivamente pela equipe de pesquisadores e, as informações arquivadas em papel e/ou as gravações não possuem a identificação dos nomes dos pacientes e dos profissionais.

4. Em foco os fluxogramas eixos-usuário

A síntese da história clínica dos pacientes (memória escrita) da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e as respectivas trajetórias-sentinelas (Apêndices 1 e 2) foram organizadas a seguir.

O primeiro caso estudado (filho de A.E.S) envolveu 64 dias de internação e permitiu a identificação de 25 ruídos através da análise da trajetória-sentinela. O segundo estudo de caso (filho de L.A.S) foi selecionado com o intuito de se lançar um olhar adicional sobre o processo de trabalho na UTIN, buscando pontos de interseção. O caso em questão é referente a 105 dias de internação, onde foram detectados 21 ruídos na trajetória-sentinela.

4. 1 – SÍNTESE DA HISTÓRIA CLÍNICA DO FILHO DE A.E.S (Caso 1 - 64 dias de internação)

Recém-nato (RN), filho de A.E.S, gemelar, nascido em 04/02/2008, de parto normal, com idade gestacional de 28 semanas (escala de Ballard) e peso de 1.080 gramas. Apresentou ao nascer Apgar de 6/7, no 1º e 5º minutos respectivamente. A mãe da criança reside em Araruama e deu entrada na instituição com sangramento há dois meses, oligodrâmnia e placenta prévia. O RN é encaminhado a UTIN logo após o nascimento, com quadro de desconforto respiratório. Laudo do RX de tórax revela síndrome da membrana hialina. Feito intubação orotraqueal e a 1ª dose de surfactante pela equipe médica, assim como canalização de veia umbilical arterial (coleta de exames) e venosa, gasometria arterial, Proteína C Reativa (PCR) e hemocultura.

Realizado admissão pela equipe de enfermagem, em incubadora aquecida, com monitorização cardíaca, oximetria de pulso, pesagem e medidas (perímetro cefálico, perímetro torácico, perímetro abdominal e estatura), administrada vitamina K e realizado credeização. Criança mantida em acesso venoso periférico; realizado sondagem orogástrica (SOG). Não

foi realizada vacina para hepatite B devido ao baixo peso ao nascer. A evolução é realizada pela equipe de enfermagem na folha destinada ao balanço hídrico e não há o carimbo do profissional responsável pelo procedimento.

Em 05/02/2008, a criança mantém desconforto respiratório. Realizada 3ª dose de surfactante, com melhora do quadro e diminuição dos parâmetros ventilatórios. O recém-nato apresentou enterorragia, sangramento gástrico e pulmonar, sendo administrada 2ª dose de Vitamina K, com melhora do sangramento. Criança mantida em dieta zero e SOG aberta. Iniciada nutrição parenteral total (NPT).

Em 06/02/2008, devido à melhora do quadro respiratório, o recém-nato é extubado eletivamente e colocado em CPAP nasal. A equipe de enfermagem ao manusear o RN, retira acidentalmente o cateter umbilical arterial, o que dificultou a coleta de exames para monitorização gasométrica. Concomitante há retirada do cateter umbilical venoso, fato que exige a instalação precoce do PICC. RN apresenta aumento da bilirrubina sérica (Bb 8,0) e é colocado em fototerapia focal dupla com proteção ocular. Apresenta hipoglicemia (Dextrostix de 48 mg/dl) e perda de peso (perda de 60 gramas), havendo aumento da Taxa de Ingestão de Glicose (TIG) e da taxa hídrica (TH). Volta apresentar enterorragia e resíduo gástrico castanho.

Em 07/02/2008, inicia dieta trófica, entretanto a criança não apresenta boa aceitação (resíduo gástrico castanho). A dieta é então suspensa, sendo instalada SOG aberta. A equipe de enfermagem não registra o resíduo gástrico no balanço hídrico. A ausência de leitura da evolução da equipe de enfermagem faz com que a equipe médica não registre em sua evolução este fato relevante (presença de resíduo gástrico castanho).

Em 08/02/2008, há melhora do quadro respiratório, sendo suspenso CPAP nasal e a criança é colocada em oxihood com fio² de 30%. No dia seguinte (09/02/2008) volta a iniciar dieta com boa aceitação. Realizada nova dosagem sérica de bilirrubina, sendo instalada

fototerapia única com proteção ocular. RN apresenta distermia (temperatura axilar de 37,7°C), sendo diminuída temperatura da incubadora com melhora do quadro.

Em 10/02/2008, há melhora do quadro respiratório, é suspensa oxigenoterapia e criança passa a ser mantida em ar ambiente. Níveis de bilirrubina sérica permitem suspensão da fototerapia. À noite, RN apresenta cianose, retornando ao oxihood a 30%. Até o momento não foi coletado o teste do pezinho por falta do filtro de coleta. No prontuário encontrava-se afixado um balanço hídrico de outro RN homônimo.

Em 13/02/2008, RN sem evacuar a 6 dias, em oxigenoterapia. Apresenta monília oral e perineal, secreção ocular amarelada e com distermia (temperatura axilar de 38°C). Coletado swab ocular, iniciado lavagem ocular com soro fisiológico e Nistatina (oral e creme), e diminuído a temperatura da incubadora.

Em 14/02/2008, RN apresentando uso de oxigenoterapia; mantendo monília oral e perineal; secreção ocular amarelada e hipoglicemia (glicemia de 48 mg/dl). Aumentado volume da dieta oferecida na prescrição pela equipe médica, com melhora do quadro.

Em 17/02/2008, RN apresentou cianose, desconforto respiratório e apnéias, sendo colocado em CPAP nasal com fio² 30% e realizado rastreamentos para infecção (Proteína C Reativa, hemocultura, hemograma e punção lombar). Criança permanece sem colher o teste do pezinho.

Em 18/02/2008, identificado quadro de infecção hospitalar (Proteína C Reativa aumentada, hemograma com leucocitose, urinocultura positiva - agente etiológico não identificado, hemocultura negativa). Retorna ao acesso venoso periférico e inicia antibioticoterapia (Vancomicina e Cefotaxima). Foi identificado no prontuário o balanço hídrico do outro gemelar.

Em 19/02/2008, RN não está ganhando peso satisfatoriamente, sendo prescrito pela equipe médica leite humano alternado com Pré-Nan. O serviço de nutrição foi comunicado

pela equipe de enfermagem, mas não encaminha a dieta conforme prescrição.

Em 21/02/2008, terceiro dia de alteração da dieta devido ao ganho de peso insatisfatório e o serviço de Nutrição não enviam o leite conforme prescrição. Colhido teste do pezinho, depois de 12 dias sem o filtro.

Em 22/02/2008, foi contatado Serviço Social, pois a mãe não vem visitar o RN. Segundo o Serviço Social, o contato é feito e a mãe é orientada sobre como conseguir através da Prefeitura de Araruama o traslado até a instituição. Em 24/02/2008, 5 dias após a solicitação, o serviço de Nutrição envia a dieta conforme a prescrição.

Em 27/02/2008, RN mantendo distermias (temperatura axilar de 37,8°C), não há relato da equipe médica e de enfermagem sobre o problema e nenhuma referência em relação à zona termoneutra. Suspensa antibioticoterapia.

Em 28/02/2008, RN mantendo distermias (temperatura axilar de 35,8°C e 37,8°C); após 6 dias de distermias houve o primeiro relato pela equipe de enfermagem sobre a zona termoneutra adequada e, valorização do problema pela equipe médica que realizou rastreamento infeccioso (HMC, PCR e HMG). A equipe de enfermagem evolui e apraza a prescrição sem carimbar.

Em 04/03/2008, suspensa oxigenoterapia. Condutas mantidas. Em 13/03/2008 iniciada fisioterapia motora. A fisioterapeuta evolui e indica condutas, no entanto não há indicativos no registro médico e da equipe de enfermagem que tais recomendações/condutas estão sendo realizadas.

Em 18/03/2008 inicia-se a administração da dieta por sucção, sendo solicitado parecer da fonoaudióloga. Fonoaudióloga evolui e indica condutas; mas não há indicativos no registro médico e da equipe de enfermagem que tais recomendações/condutas foram atendidas.

Em 23/03/2008, diagnosticada hérnia inguinal; o RN aguarda parecer da Cirurgia

pediátrica (CIPE). Apresentou um episódio de vômito.

Em 25/03/2008, condutas mantidas. A criança realiza prova de função pulmonar, diagnosticada complacência pulmonar diminuída e resistência pulmonar discretamente aumentada (broncodisplasia). Aguarda parecer da cirurgia pediátrica.

Em 27/03/2008, condutas mantidas. Realiza exame transfontanela, sendo diagnosticada hemorragia grau I em absorção à esquerda. RN continua com dificuldade de sucção, sendo estimulado pela fonoaudiologia. Aguardando há três dias o parecer da CIPE.

Em 31/03/2008, RN hipocorado (anemia? HTC?), apresentou cianose, taquidispnéia e dificuldade de sucção. Equipe de enfermagem comunica ao médico plantonista e mantém a cabeceira do berço elevada. Conduta médica expectante. Aguardando há 7 dias contato da CIPE.

Em 02/04/2008, RN hipocorado, com dermatite amoniacal e dificuldade de sucção; Presença da CIPE (cirurgia pediátrica) que marca a intervenção para o dia 04/04/2008. Mãe da criança autoriza a cirurgia de hérnia inguinal. Colhido exames pré-operatórios.

Em 03/04/2008, RN hipocorado (HMT 25), transfundido com concentrado de hemácias e administrado dose de vitamina K (conduta pré-operatória). Iniciará jejum a partir das 3 horas da manhã. Apresentou um episódio de distermia (temperatura axilar de 37,5°C) e encontra-se em berço comum. Mantém dermatite amoniacal e dificuldade de sucção, com queda de saturação durante as mamadas. Condutas mantidas.

Em 04/04/2008, RN em dieta zero. Realizada herniorrafia bilateral. No pós-operatório imediato o RN apresenta hipotermia e queda de saturação, sendo instalado oxihood com fio_2 de 40% e aumentado a temperatura da incubadora. Mantém dermatite amoniacal e baixo débito urinário.

Em 05/04/2008, RN reiniciou com dieta por sucção, aceitação regular. Apresenta distermia (temperatura axilar 37,5°C), sendo colocado em berço comum. Suspensa hidratação

venosa. Apresenta edema em região inguinal, mas curativo cirúrgico permanece limpo e seco.

Em 07/04/2008, RN apresentando grande quantidade de secreção em Vias Aéreas Superiores (VAS), sendo instilado soro fisiológico (SF) e aspirado para a retirada de secreção. Recomendada alta hospitalar e mãe contatada pelo Serviço Social. A mãe do RN relata que virá amanhã buscá-lo.

Em 08/04/2008, RN sai de alta hospitalar em companhia dos pais. Ainda mantém secreção em VAS, sendo a mãe orientada para a instilação de soro fisiológico. Mãe com prescrição de alta e encaminhamentos necessários para puericultura e acompanhamento na instituição.

4.1. 1 – Fluxograma da internação do filho de A.E.S (caso 1) e análise dos ruídos

A partir das informações colhidas através da análise do prontuário filho de A.E.S., foi elaborado um fluxograma que apresenta integralmente sua trajetória, durante o período de internação (Apêndice 1).

Serviços/unidades demandados durante o período de internação do caso 1

- 1.Laboratório
- 2.Serviço de Nutrição
- 3.Serviço de Fonoaudiologia
- 4.Serviço de Fisioterapia
- 5.Serviço Social
- 6.Cirurgia Pediátrica
- 7.Centro Cirúrgico
- 8.Serviços de Imagens

Os ruídos levantados foram apresentados nos fluxogramas através do grifo da letra **R** destacada abaixo das figuras (Apêndice 1). Estes ruídos, listados de acordo com a ordem de

aparecimento e número de vezes que ocorrem durante o período de internação, resultaram da análise da trajetória-sentinela construída a partir da leitura do prontuário (memória escrita). Os ruídos identificados foram categorizados em 4 subgrupos, assim definidos: ruídos relativos ao processo de cuidar (Grupo I), ruídos relativos à rede de contratualidade estabelecida (relações) no desenvolvimento do processo de trabalho (Grupo II), ruídos relativos aos registros realizados na UTIN (Grupo III); ruídos relativos ao arquivamento (Grupo IV).

Grupo I – Ruídos relativos ao processo de Cuidar no caso 1:

Este subgrupo abrangeu os seguintes ruídos (Figura 3):

- a) **Ruído 2 (R²)** - Instalação precoce do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) devido à retirada acidental de cateter umbilical no 2º dia de vida – 1 vez
- b) **Ruído 6 (R⁶)** – distermias apesar da manutenção do RN em incubadora aquecida (problemas em relação à manutenção da zona térmica neutra⁴) - 11 vezes
- c) **Ruído 9 (R⁹)** – Recém-nato sem evacuar, ausência de registro sobre as condutas correspondentes – 9 vezes
- d) **Ruído 10 (R¹⁰)** - Recém-nato apresenta sangramento nasal. Ausência de registro em prontuário sobre conduta correspondente a esta necessidade – 3 vezes
- e) **Ruído 13 (R¹³)** - Prescrição e uso de antifúngicos apesar da ausência sinais/sintomas registrados – 9 vezes
- f) **Ruído 17 (R¹⁷)** - Prescrição incorreta: uso de ferro oral precocemente, fase em que há risco de retinopatia. Correção da prescrição no 5º dia após passagem do round (visita médica) – 5 vezes
- g) **Ruído 24 (R²⁴)** - Administração incorreta da dieta: é oferecido à criança NAN ao invés de PN. Equívoco sob responsabilidade das equipes de nutrição e de enfermagem– 2 vezes
- h) **Ruído 25 (R²⁵)** - Recém-nato com dermatite, no entanto não há registro de conduta

⁴ Os recém-nascidos apresentam fragilidade em relação às diferenças de temperatura, por esse motivo devem ser mantidos em um ambiente neutro capaz de minimizar as perdas de calor e reduzir o consumo de oxigênio. A manutenção de um ambiente termoneutro (Zona Neutra) é fundamental para o recém-nascido manter sua temperatura corporal sem sacrificar calorías necessárias ao seu crescimento, sendo a incubadora, o aparelho mais comumente utilizado para aquecimento por convecção, individualmente, devendo ser preferencialmente de parede dupla e com umidificação mínima do ar de 70%.

correspondente a esta necessidade – 3 vezes

Grupo II – Ruídos relativos à rede de contratualidade estabelecida no caso 1:

Este subgrupo abrangeu os seguintes ruídos (Figura 3):

- a) **Ruído 4 (R⁴)** – A evolução de enfermagem relata sangramento gástrico, no entanto a equipe médica não considera/identifica o problema – 1 vez
- b) **Ruído 7 (R⁷)** - Teste do Pezinho não realizado– 11 vezes
- c) **Ruído 15 (R¹⁵)** - Fisioterapia evolui e indica condutas; não há indicativos no registro médico e da equipe de enfermagem que tais recomendações/condutas sejam atendidas – 37 vezes
- d) **Ruído 16 (R¹⁶)** - Nutrição não envia dieta conforme prescrição – 8 vezes
- e) **Ruído 18 (R¹⁸)** - Recém-nato não recebe visita dos familiares. A equipe de enfermagem entra em contato com serviço social e o serviço social não responde à solicitação - 3 vezes
- f) **Ruído 19 (R¹⁹)** - Equipe médica não identifica/considera problemas registrados pela equipe de enfermagem – sangramento nasal e distermias – 2 vezes
- g) **Ruído 22 (R²²)** - Fonoaudiologia evolui e indica condutas. Não há indicativos no registro médico e da equipe de enfermagem que tais recomendações/condutas sejam atendidas – 14 vezes
- h) **Ruído 23 (R²³)** - Recém-nato aguarda 8 dias o parecer da Cirurgia Pediátrica – 8 vezes

Grupo III – Relativo aos registros realizados na UTIN no caso 1:

Este subgrupo abrangeu os seguintes ruídos (Figura 3):

- a) **Ruído 1 (R¹)** - Evolução médica e de enfermagem sem assinatura e/ou carimbo – 52 vezes
 - Equipe Médica – 6 vezes.
 - Equipe de Enfermagem – 46 vezes.
- b) **Ruído 3 (R³)** - Preenchimento incompleto de documentos. Ausência de nome completo e

número do prontuário no Balanço Hídrico – 12 vezes

c) **Ruído 5 (R⁵)** - Prescrição médica sem o peso registrado – 1 vez

d) **Ruído 11 (R¹¹)** - Prescrição médica rasurada e legibilidade comprometida – 1 vez

e) **Ruído 12 (R¹²)** - Ausência de Mapa de apnéia e do registro da enfermagem no prontuário - 3 vezes

f) **Ruído 14 (R¹⁴)** - Aprazamento da prescrição sem carimbo e/ou assinatura da enfermeira – 20 vezes

g) **Ruído 20 (R²⁰)** - Preenchimento incorreto/incompleto de documentos – Balanço Hídrico; data errada – 2 vezes

Grupo IV – Ruídos relativos Arquivamento no caso 1:

Este subgrupo abrangeu os seguintes ruídos (Figura 3):

a) **Ruído 8 (R⁸)** - Troca de documentos:

- Arquivamento de documento de homônimo – 1 vez
- Arquivado o BH do outro gemelar – 1 vez

b) **Ruído 21 (R²¹)** - Extravio/ausência de documento no prontuário - 1 vez

aspiração de VAS e entubação orotraqueal; sendo encaminhado a UTIN.

No transporte da sala de parto para UTIN extubou-se acidentalmente. Ao ser admitido na UTIN foi colocado em unidade de calor irradiante; feito entubação orotraqueal, canalização venosa e arterial, administrado Surfactante exógeno e realizado coleta de sangue para gasometria, hemograma e hematócrito. A equipe de enfermagem instala SOG aberta; realiza glicemia capilar, medições e pesagem. RX de tórax e abdome revela Membrana Hialina. Exames de sangue não apresentam anormalidades. Apresenta hipotermia, sendo colocada em incubadora aquecida com umidificação do ar; aumentada a temperatura do ar. Mais tarde é identificada hipertermia e a temperatura do ar é diminuída, com melhora do quadro.

No dia seguinte (24/01/2007) apresenta hiperbilirrubinemia sendo colocado em fototerapia dupla com proteção ocular (Bb 6,3); mantido condutas.

Em 25/01/2007 apresenta melhora do quadro respiratório, sendo extubado e colocado em CPAP nasal, sem êxito. Apresenta atelectasia em todo hemitórax direito, sendo reentubado. Realizado ecocardiograma e detectado PCA moderado, iniciando Furosemida endovenosa e indometacina. Mantém dieta zero, sendo feito NPT. Apresenta hipoglicemia e hipotermia.

Em 26/01/2007 apresenta hiperbilirrubinemia (Bb 6,2), iniciada fototerapia tripla com proteção ocular. Em 27/01/2007 apresentou poliúria sendo suspensa Furosemida. Melhora da hiperbilirrubinemia (Bb 4,6) sendo colocada em fototerapia dupla. Apresentou: hipertermia, sendo diminuída a temperatura da incubadora e hipotensão, administrado plasma, Dopamina e Dobutamina com melhora do quadro. Transfundido com concentrado de hemácias em 28/01/2007, suspenso aminas. Encontra-se anêmica (hematócrito 27).

Em 29/01/2007, retirado o cateter umbilical arterial e venoso e instalado PICC em basilíca direita. Suspensa fototerapia (Bb 3,7). Início de dieta trófica e realizado

ecocardiograma com presença de PCA pequeno sem repercussão hemodinâmica.

Iniciada dieta trófica em 30/01/2007. RN apresenta distermia, hipoatividade, piora na perfusão periférica; abdome distendido, arroxeadado e sem peristalse. Equipe levanta possibilidade de infecção, sendo suspensa dieta. Coletados exames de sangue (hemograma, hemocultura e PCR) e substituída antibioticoterapia (início de Vancomicina e Cefotaxima sódica). Presença de pulsos finos, baixo débito urinário e acidose metabólica, sendo feita etapa rápida de Ringer Lactato e iniciado com Dopamina e Dobutamina. Transfundida com concentrado de hemácias e com plaquetas de 69.000, administrado concentrado de plaquetas.

Em 31/01/2007, RN mantido em dieta zero; suspeita de enterocolite necrotizante, sendo iniciado Metronidazol. Feito contatado com a CIPE, que realiza lavagem peritoneal e instala dreno de penrose abdominal. Permanência de NPT somente com aminoácidos. Plaquetas de 30.000; administrado plaquetas de 12/12 horas. Devido ao baixo débito urinário é iniciada infusão contínua de Aminofilina com Furosemida. HTC de 23%, sendo transfundida com concentrado de hemácias; com hiperpotassemia, iniciando com infusão contínua de glicoinulina. Há piora do padrão respiratório, com aumento dos parâmetros ventilatórios e acidose metabólica; sendo realizada reposição de bicarbonato de sódio venoso. Instalado sonda vesical de demora devido à anúria.

Em 01/02/2007 RN encontra-se gravíssimo. RX de tórax mostra aumento da área cardíaca, congestão pulmonar e atelectasia sendo trocado o TOT. Ausculta cardíaca com sopro (PCA?). Em 02/02/2007 mantém gravidade. Observa-se melhora do débito urinário, suspensa Aminofilina e manutenção de Furosemida. Identificado a presença de secreção sanguinolenta através do dreno de penrose na região abdominal.

RX de tórax realizado em 03/02/2007 mantendo a gravidade. RN mostra melhora da atelectasia, sendo diminuídos parâmetros ventilatórios. Relato mostra que a piora do quadro clínico foi decorrente à trauma na retirada de cateter umbilical, com sangramento peritoneal.

Retirado dreno de penrose abdominal em 06/02/2007. Apresenta melhora do quadro geral sendo suspensas aminas, analgesia e sonda vesical de demora.

Em 07/02/2007 o RN apresenta saída de fezes pela cavidade abdominal, sendo acionada a CIPE, que solicita RX de abdome que não sugere pneumoperitônio. Mantida conduta expectante e iniciado Fluconazol.

Em 08/02/2007 RN recebe visita da CIPE que mantém conduta expectante e suspende Fluconazol. Apresenta anemia (HMT 22%), sendo transfundida com concentrado de hemácias e, hipertermia sendo diminuída a temperatura da incubadora.

Em 09/02/2007 RN é realizada a técnica mãe canguru que teve duração de 2h30min, sendo inclusive aspirado TOT durante o procedimento. Foi verificada a temperatura axilar no início da técnica mãe canguru e ao final. Ao térmico, o RN apresentava-se hipotérmico sendo colocada em incubadora aquecida e verificada a temperatura axilar 5 horas após.

Em 10/02/2007 RN encontra-se poliúrico, sendo suspensa Furosemida. A CIPE questiona que a presença de fezes na cavidade abdominal pode ser devida a fístula enterocutânea, perfuração intestinal ou mecônio residual. Solicitação de avaliação do trânsito intestinal

Em 12/02/2007 RN com peso de 620 gramas, mantendo condutas. Realizado técnica mãe canguru, que teve duração de 2horas e 30min (uso de TOT). Ao térmico do procedimento o RN apresentava-se hipotérmico sendo colocada em incubadora aquecida e verificada a temperatura axilar 6 horas após. Realizado ultrassom transfontanela sendo diagnosticado HIC bilateral grau I.

Em 14/02/2007 suspensa antibioticoterapia após 14 dias de Vancomicina e Cefotaxima sódica. Apresenta anemia sendo transfundido com concentrado de hemácias. Possui PCA moderado, questiona-se a correção cirúrgica. Realizado técnica mãe canguru com a presença de hipotermia ao final de sua realização.

Reiniciada antibioticoterapia profilática (Vancomicina e Cefotaxima sódica) em 15/02/2007 RN mantendo condutas. Preparo para cirurgia de PCA (coleta de sangue para gasometria, HMT e plaquetas). Realizada técnica mãe canguru com hipotermia do bebê ao término.

Em 16/02/2007 RN foi submetido à cirurgia de fechamento de canal arterial e retornou do centro cirúrgico hipotérmico, hipotenso e com dor. Iniciada infusão de Dopamina, Dobutamina e Fentanil. RN colocado em incubadora aquecida. Iniciada dieta por gavagem em 22/02/2007.

Em 24/02/2007, RN se mantém sem evacuar desde que nasceu (34 dias). Em 28/02/2007 RN extubado eletivamente e colocado em CPAP nasal.

Realizada cirurgia de retinopexia (ROP grau II) em 22/03/2007, sendo entubado e colocado dieta zero. Em 23/03/2007 coleta do teste do pezinho. Extubação por obstrução de tubo orotraqueal (acúmulo de secreção), sendo colocado em CPAP nasal.

Em 24/03/2007 suspensa HV e reiniciada dieta por gavagem. RN não evacua há 10 dias, realizado estímulo com supositório de glicerina. Realizado Fundo de Olho em 28/03/2007 e diagnosticado ROP II Zona I com hemorragia.

Em 29/03/2007 prescrita dieta LHO alternando com PN (para melhorar ganho de peso), sendo comunicado à nutrição, no entanto a dieta não vem conforme prescrição. Melhora do quadro respiratório, sendo colocado em ar ambiente. Faz vitaminas e sulfato ferroso e suspenso eritropoetina (devido a ROP).

Em 04/04/2007 recebe visita da oftalmologia. Realizado exame de Fundo de Olho (diminuição da tortuosidade) e fotocoagulação a laser. Em 07/04/2007 o RN é transferido para o Berçário Intermediário. Em 08/04/2007 apresenta apnéia que retornou com estímulo tátil. Em 09/04/2007 é solicitada marcação de prova de função pulmonar.

Em 17/04/2007 realizado exame de calorimetria, com resultado normal. Colocado em

berço comum. Em 18/04/2007 realizado exame de Fundo de Olho, que mostrou área com fibrose e risco de deslocamento de retina; sem tortuosidade (Retinopatia da Prematuridade - ROP IV). Mantém dieta LHO alternando com PN, mas dieta não vem conforme prescrição.

Em 30/04/2007 é administrada vacina de hepatite (peso de 2040 gramas). Mantida dieta LHO alternando com PN, mas dieta não vem conforme prescrição. Aguarda há 21 dias prova de função pulmonar.

Em 02/05/2007 é realizado exame de Fundo de Olho, sendo diagnosticado ROP II Zona 1 (com alta para ambulatório de oftalmologia). Aguarda há 23 dias prova de função pulmonar. Realizada USTF em 04/05/2007, resultado normal.

Em 07/05/2007 alta hospitalar em companhia da mãe. Não fez a prova de função pulmonar (após aguardar por 28 dias), USTF pré-alta e vacinas especiais. Orientada pela equipe médica a comparecer ao *follow up* e realizar as pendências.

4.2. 1 – Fluxograma da internação do filho de L.A.S (caso 2) e análise dos ruídos

A partir das informações colhidas através da análise do prontuário, foi elaborado um fluxograma que apresenta integralmente sua trajetória, durante o período de internação (Apêndice 2).

Serviços/unidades demandados durante o período de internação do caso 2

- 1.Laboratório
- 2.Serviço de Nutrição
- 3.Serviço de Fonoaudiologia
- 4.Cirurgia Pediátrica
- 5.Serviço de Oftalmologia
- 6.Centro Cirúrgico
- 7.Banco de Sangue
- 8.Serviço de imagens

Os ruídos identificados no Caso 2 foram subdivididos em 4 subgrupos, assim definidos: ruídos relativos ao processo de cuidar (Grupo I), ruídos relativos à rede de contratualidade estabelecida (relações) no desenvolvimento do processo de trabalho (Grupo II), ruídos relativos aos registros realizados na UTIN (Grupo III); ruídos relativos ao arquivamento (Grupo IV).

Grupo I – Ruídos relativos ao processo de Cuidar no caso 2:

Este subgrupo abrangeu os seguintes ruídos (Apêndice 2):

- a) **Ruído 2 (R²)** - Distermias apesar da manutenção do recém nato em incubadora aquecida (problemas em relação à manutenção da zona térmica neutra)- 28 vezes
- b) **Ruído 3 (R³)** – Intercorrência ao retirar o cateter umbilical pela residente médica, com conseqüente trauma – 1 vez
- c) **Ruído 8 (R⁸)** - Hipotermia pela técnica mãe canguru. Problema ocorreu todas as vezes em que foi realizada a técnica – 9 vezes
- d) **Ruído 10 (R¹⁰)** – Recém nato sem evacuar. Não há registro de qualquer conduta - 2 vezes
- e) **Ruído 11 (R¹¹)** - Recém nato com Nutrição parenteral total, sem glicemia – 1 vez
- f) **Ruído 15 (R¹⁵)** - Recém nato apresenta resíduo gástrico leitoso e vômitos. Não há registro de qualquer conduta - 10 vezes

Grupo II – Ruídos relativos à rede de contratualidade estabelecida no caso 2:

Este subgrupo abrangeu os seguintes ruídos (Apêndice 2):

- a) **Ruído 9 (R⁹)** - Fisioterapia evolui e indica condutas. Não há indicativos no registro médico e da equipe de enfermagem que tais recomendações/condutas foram atendidas – 10 vezes
- b) **Ruído 12 (R¹²)** - Enfermagem registra no balanço hídrico sangramento nasal e equipe médica não considera/identifica – 1 vez
- c) **Ruído 13 (R¹³)** - Nutrição não envia dieta conforme prescrição – 14 vezes
- c) **Ruído 16 (R¹⁶)** - Recém-nato aguarda prova de função pulmonar. Recebeu alta sem realizar

o exame – 27 vezes

d) **Ruído 17 (R¹⁷)** - Recém-nato aguarda realização de ultrassom transfontanela – 24 vezes

e) **Ruído 18 (R¹⁸)** - Enfermagem registra a presença de resíduo gástrico, no entanto a equipe médica relata na evolução a ausência de resíduo gástrico – 4 vezes

Grupo III – Ruídos relativos aos registros realizados na UTIN no caso 2:

Este subgrupo abrangeu os seguintes ruídos (Apêndice 2):

a) **Ruído 1 (R¹)** - Evolução médica e de enfermagem sem assinatura e/ou carimbo do profissional – 96 vezes

equipe médica – 6 vezes

equipe de enfermagem – 90 vezes

b) **Ruído 5 (R⁵)** - Prescrição médica sem data e/ou sem número do prontuário e nome – 2 vezes

c) **Ruído 6 (R⁶)** - Aprazamento da medicação sem carimbo e/ou assinatura da enfermeira – 2 vezes

d) **Ruído 7 (R⁷)** - Preenchimento incorreto/incompleto da identificação do balanço hídrico

✓ Documentos com a mesma data 30/1 - 2 vezes

✓ Preenchimento incompleto de documento – BH sem número do prontuário – 43 vezes

e) **Ruído 14 (R¹⁴)** – Serviço de oftalmologia não preenche o número do prontuário e não carimba – 2 vezes

f) **Ruído 19 (R¹⁹)** - Enfermagem não registra resíduo gástrico no balanço hídrico – 3 vezes

g) **Ruído 21 (R²¹)** - Enfermagem não registra a dieta no balanço hídrico – 2 vezes

Grupo IV – Ruídos relativos ao Arquivamento:

Este subgrupo abrangeu o seguinte ruído:

Esperança é enfermeira e diz que isso lhe dá um olhar singular. Começa sua história no dia 20/01/2007 às 24h00min, quando deu entrada com fortes contrações na instituição estudada. Na ocasião estava em sua terceira gestação (Gesta III, Para I e Aborto I). Em função da incompetência uterina (realizou cerclagem) foi internada, colocada em repouso absoluto e em tocólise. Refere ausência de vaga num primeiro momento, mas devido ao seu caso clínico, foi internada numa sala que não era do ambulatório da ginecologia. Foi admitida em uma ala do centro cirúrgico que estava desativada por problema no ar condicionado; assim queixa-se da infra-estrutura hospitalar.

Em 23/01/2007 entra em franco trabalho de parto; seu bebê nasce às 09h00min, de parto normal, com 26 semanas. A criança apresenta Apgar 7/8, sendo levada pelo médico para a UTIN. Esperança relata ter ficado muito feliz com o nascimento da filha e que, apesar da separação mãe-filha, não estava triste, pois para ela ir para a UTIN significava que o bebê tinha chance de vida. Na maternidade relata que apresentava leucocitose importante e anemia, tendo sido submetida a diversos exames sem ser encontrado qualquer anormalidade. Afirma que foi tudo por estresse de ter a filha prematura na UTIN.

Em 24/01/2007 foi a sua primeira entrada na UTIN para visitar o bebê. Apesar de ser enfermeira, diz que tudo é muito diferente quando “*é o nosso filho que está internado*”. Diz que na entrada da UTI o que mais lhe incomodou foram os alarmes dos monitores. “*Aquele barulho é insuportável*”; ressalta que mesmo após a alta não precisava mais de despertador, pois os alarmes dos monitores não saíam de sua cabeça. Para Esperança outro ponto importante na entrada da UTIN é o local onde estava o seu bebê. Diz que quando estava lavando as mãos, somente tinha olhos para o local onde estava a “*sua incubadora*”. Afirma que não tem como entrar na UTIN e ficar com “*cara de paisagem*”, (...) “*você somente se preocupa com a sua incubadora*”.

No dia 26/01/2007 Esperança teve alta hospitalar. Enfatiza o quanto é difícil ir embora

e “deixar o seu bebê com pessoas estranhas”; “no começo é muito difícil ter confiança nas equipes que assistem o seu bebê”, “o bom é saber que no outro dia você pode voltar para reencontrá-lo”.

Dia 29/01/2007, relata que não esquece o momento da retirada do cateter umbilical da criança por uma residente médica. Este fato a “marcou muito”, pois apesar da prematuridade extrema, o seu “bebê ia clinicamente muito bem”. A retirada do cateter foi pela manhã e queixa-se que “a médica foi muito bruta” neste momento, tendo dificuldades em realizar o procedimento. Esperança sai da unidade para se alimentar e quando retorna não vê mais a “sua incubadora” no local de costume. Diz que “desaba” na entrada da UTIN; a partir daí a criança fica gravíssima. Até hoje Esperança não se conforma com o que ocorreu, sugerindo que “talvez as coisas fossem diferentes se essa intercorrência não tivesse acontecido”. A partir daí, ela toma consciência que havia na UTIN “uma dinâmica de acordo com a gravidade” dos RNs. Segundo Esperança, os bebês mais graves ficavam posicionados perto da mesa dos médicos e os melhores perto da porta de saída. Dentro deste cenário, e levando em conta a estrutura física da UTIN (dividida por 4 boxes abertos, com capacidade para 6 RNs), Esperança classifica cada boxe. O boxe perto dos médicos é o “paredão”, onde ficam os bebês mais graves e os malformados (“para ninguém ver, mas todo mundo vê”). A partir desse boxe Esperança nomeia os outros de “RÁ, RÉ, RI, RÓ e RUA”. “Rua” é aquele que representa o momento de ir para casa; a alta hospitalar. Em sua opinião “esta dinâmica por gravidade”, era muito ruim, pois acabava “cobrando de sua filha” que, a mesma passasse de RÁ para RÉ, para RI e assim por diante. E ficava decepcionada quando o “bebê recuava ou não progredia”. Chegar à porta da UTIN e “não ver a sua incubadora”, porque havia sido mudada de lugar pela “necessidade da dinâmica por gravidade” também era estressante, já que “a sensação de perda estava sempre rondando”.

Em 12/02/2007 Esperança realizou, pela primeira vez, a técnica mãe-canguru. Afirma

ter sido um dos momentos mais especiais. Relata que foram dois os momentos especiais. O primeiro quando tocou a mão de sua filha no interior da incubadora (até tirou foto). Diz que *“tocar o bebê é maravilhoso, mas não é sempre que é possível*. Segundo Esperança a enfermagem é a mediadora deste processo; são estes os profissionais que *“autorizam ou não o toque”*. O segundo momento que destaca foi quando realizou a técnica mãe canguru. Apesar de não ser como gostaria, *“pois tinha que ser com muito cuidado; o bebê era muito pequeno e estava entubado”*, e tudo tinha que ser ajustado. Destaca que esta foi uma *“experiência inesquecível”*. Esperança volta a afirmar que *“é difícil ir embora e deixar o bebê com pessoas estranhas”*; isso se dava principalmente porque se sentia capaz de identificar os momentos em que a equipe de enfermagem encontra-se reduzida devido a licenças, faltas, etc. Diz que ficava pensando o que aconteceria com a equipe no plantão noturno; *“devido ao horário de descanso, será ainda mais reduzida”*, pensava ela. *“Tinha vontade de ficar, mas aí vem alguém da enfermagem e diz que está na hora de ir”*. Era necessário descansar para retornar no outro dia e, assim, obedecia.

No dia 16/02/2007 o bebê realizou cirurgia de fechamento do canal arterial; o que gerou tensão e uma *“expectativa de tudo dar certo”*. Para a mãe um ponto negativo era o uso de capotes e máscaras. Sabia que a criança necessitava destas medidas de precaução *“por causa da infecção”*, mas diz que *“dá uma má impressão”*. Esperança elogia a equipe de enfermagem que apóia a família e dá atenção: *“recomenda livros, comemoram o ganho de peso – festa de 1 kg, etc”*. Afirma que *“todos esses elementos serviram de apoio para superar a dor de ter um filho internado em uma UTP”*.

Em 23/02/2007 identifica que o bebê está há 20 dias sem evacuar, questiona a equipe de enfermagem quanto à realização de alguma medida que contorne o problema. Associa o fato (não evacuar) à absorção parcial da dieta (*“deixa resíduo gástrico leitoso”*) e à ocorrência de apnéia. Solicita então que a enfermagem estabeleça alguma medida. Diz que algumas

vezes é prescrito o estímulo com supositório de glicerina. Esperança faz referência a uma técnica de enfermagem que a orienta e “*ensina como fazer massagens na barriga que ajudam muito ao bebê evacuar*”.

Em 22/03/2007 o recém-nato realiza cirurgia de retinopexia (ROP IV) e a grande expectativa de Esperança é em relação ao prognóstico de cegueira.

Em 07/04/2007 sua filha é transferida para o Berçário Intermediário. Esperança “*visualiza a melhora*” do bebê (“RÓ”) e se sente mais tranqüila. É neste momento que interage mais com os outros pais e há uma “*troca de experiências vividas*”.

Em 08/04/2007 o recém-nato apresenta RG leitoso e apnéia. Esperança questiona o porquê do bebê não evacuar. É feito um estímulo com supositório de glicerina e massagem. Elogia nominalmente alguns membros da equipe de enfermagem; diz que “*possuem empatia*”. Faz uma crítica ao round médico, pois se sentia “*invisível neste momento*”. Enfatiza que todos os médicos se reúnem em torno do seu bebê ficando de costas para ela, mas “*falando do meu filho*”. Em um desses momentos relata que interveio e questionou a postura dos médicos. Diz que os médicos por sua vez nada declararam, mas “*não ficaram mais de costas*”. No entanto “*continuava me sentindo excluída deste processo*”.

Em 17/04/2007 foi realizado o teste de calorimetria. Esperança questiona a “*postura do hospital de ensino*”, que faz segundo ela, “*diversos estudos em seu bebê sem lhe pedir permissão*”. Ao mesmo tempo Esperança ressalta que “*em nenhum momento faltou material de consumo ou permanente*” para cuidar de seu bebê. Considera muito boa a capacidade técnica dos profissionais envolvidos na assistência.

No dia 18/04/2007 é realizado Fundo de Olho com diagnóstico de retinopatia da prematuridade - “*ROP IV com descolamento da retina (cega?)*”. Este diagnóstico a deixou “*muito triste e decepcionada*”. Fez com que questionasse “*até que ponto vale apenas o investimento em um prematuro tão pequenino*”.

Em 02/05/2007 é novamente realizado exame de Fundo de Olho. Houve uma regressão para ROP II. O bebê inicia dieta por sucção (mamadeira), o que deixa Esperança muito feliz. Poderia então *“participar do processo de alimentar o bebê”*. Esperança diz que *“não aceita o déficit visual”* identificado em sua filha.

Em 04/05/2007 é realizada ultrassom transfontanela; o resultado foi normal. A mãe fica contente, mas afirma que *“não aceita o discurso”* da equipe multiprofissional: *“o prognóstico poderia ser muito pior; mas o que seria este muito pior?”*. Para Esperança *“o pior pra gente é aquilo o que estamos vivendo”* e, para ela era a cegueira da filha era *“tudo de ruim”*.

Em 07/05/2007 o bebê tem alta hospitalar e é encaminhado ao ambulatório da oftalmologia. Esperança fica muito feliz com a alta, mas tem *“dificuldade de aceitar o prognóstico da cegueira”*.

4.3. 1 – Fluxograma da internação – entrevista caso 2 e análise dos ruídos

A partir das informações colhidas através da entrevista com a mãe, foi elaborado um fluxograma que apresenta integralmente sua trajetória, durante o período de internação (Apêndice 3).

4.3. 2 – Levantamento dos Ruídos - estudo de caso 2 - entrevista com o responsável

Ao analisar a entrevista foram identificados ruídos em comum com o fluxograma Caso 2 (filho de L.A.S):

- a) Trauma na retirada do cateter umbilical
- b) Recém nato sem evacuar. Ausência de registro de condutas.
- c) Recém nato com resíduo gástrico leitoso e vômitos. Ausência de registro de condutas.

d) Técnica mãe-canguru

4.4. O que há de comum entre as trajetórias? Classificando os Ruídos e resgatando a memória.

Ao analisar os casos através de suas trajetórias sentinelas foi possível identificar dois grandes grupos ruídos: interunidades e intraunidades (ou intra-equipe).

Para Jorge (2002) os **ruídos interunidades** se referem aos problemas que podem ser identificados quando algum serviço, produto e/ou insumo da unidade assistencial é solicitado ou consumido. Este tipo de ruído permite analisar as relações entre a unidade assistencial e seus fornecedores, ou ainda com outra unidade assistencial. Já os **ruídos intraunidades** são aqueles problemas que podem ser reconhecidos na própria equipe assistencial. Tais problemas interferem na qualidade da assistência prestada, uma vez que comprometem a integralidade da assistência. Os ruídos intraunidades também podem ser *intra-equipe* quando relacionados a falta de integração e articulação entre os profissionais que compõem o grupo de trabalho. Verificaram-se ruídos em **comum** e ruídos **específicos** que influenciaram a efetividade do processo de trabalho na UTIN.

Destacam-se como **ruídos comuns** aos dois casos analisados:

1. Evolução médica e de enfermagem sem assinatura e/ou carimbo (**RUÍDO INTRA-EQUIPE**). Apesar de este ruído estar presente nos registros médicos, o problema se concentra principalmente entre os registros de enfermagem.
2. Registro da equipe de enfermagem (**RUÍDO INTRA-EQUIPE**). A equipe de enfermagem evolui essencialmente no balanço hídrico; sendo identificado somente um registro efetuado por enfermeiro no prontuário do recém-nato. Das evoluções existentes no balanço hídrico

somente as admissões e alguns procedimentos invasivos ou curativos são realizadas pelo enfermeiro; as demais são realizadas diariamente pelos técnicos de enfermagem. Além da falta de registro, foi detectada a ausência de consideração/leitura do que foi registrado pela equipe.

3. Preenchimento incompleto no prontuário da identificação do paciente (**RUÍDO INTRA-EQUIPE**). O não preenchimento ou o preenchimento incompleto dos cabeçalhos dos balanços hídricos, pela enfermagem, leva ao extravio, troca e a presença de balanços de homônimos (problemas de arquivamento).

4. Identificação de distermias, sem a utilização de zona termoneutra (**RUÍDO INTRA-EQUIPE**). No recém-nascido a área da superfície corporal é superior ao peso corporal, assim, o calor do corpo é rapidamente perdido, conseqüentemente, a temperatura corporal, principalmente no prematuro, cai rapidamente. Os mecanismos de regulação da temperatura corporal permanecem precários, já que a mielinização do sistema nervoso central ainda está em processamento. A produção de calor depende, exclusivamente, do metabolismo do neonato e solicita grandes aumentos de sua taxa metabólica para compensar a queda de temperatura, o que eleva o consumo de ácidos graxos e glicose, produzindo hipoglicemia em diversos graus. Tal fragilidade em relação às diferenças de temperatura faz com que os recém-nascidos devam ser mantidos em um ambiente neutro capaz de minimizar as perdas de calor e reduzir o consumo de oxigênio. A zona térmica neutra cumpre este papel e é definida como uma faixa de temperatura entre 32 e 36°C, conforme o peso e a idade do recém-nascido.

5. Ausência de condutas em situações em que o recém-nato encontrava-se sem evacuar (**RUÍDO INTRA-EQUIPE**). Fisiologicamente, o recém-nascido prematuro apresenta características peculiares que são conseqüentes da instabilidade dos vários sistemas de controle hormonal e neurogênico. Isso resulta, em parte, do desenvolvimento imaturo dos

diferentes órgãos do corpo e, em parte, do fato de que os sistemas de controle simplesmente ainda não se ajustaram à nova maneira de vida (GARCIA, 1998). Cabe assim a equipe que assiste ao recém-nato de alto risco monitorar a ingesta e excreção, a fim de que se mantenha uma homeostase nesta fase de adaptação e amadurecimento do RN a vida extra-uterina.

6. Falta de articulação entre profissionais que assistem aos recém-natos (**RUÍDO INTRA-EQUIPE**). O fisioterapeuta, por exemplo, examina, evolui e indica condutas, no entanto não há indicativos no registro médico e da equipe de enfermagem que tais recomendações/condutas foram atendidas. O mesmo problema é identificado em relação ao fonoaudiólogo. A equipe de enfermagem registra problemas que não são identificados pela equipe médica, tais como:

- Caso 1: Sangramento gástrico e nasal
- Caso 2: Presença de resíduo gástrico leitoso e vômitos

7. Demora ou não atendimento do Serviço de Nutrição às solicitações feitas. Tal fato é identificado quando o Lactário não envia a dieta do recém-nato conforme prescrição, mesmo após contato prévio pela equipe de enfermagem (**RUÍDO INTERUNIDADE** – Unidade Assistencial/ Serviço de Nutrição). Tais ruídos foram identificados naquelas situações em que o Serviço de Nutrição, apesar de ser previamente contatado pela equipe de enfermagem, não enviou a dieta adequadamente. Tal fato compromete o ganho de peso do recém-nato internado na UTIN.

8. Demora na realização de exames; tais como a demora de 24 dias na realização do ultrassom transfontanela, 28 dias na prova de função pulmonar e 12 dias na realização do teste do pezinho (**RUÍDO INTERUNIDADE**).

Entre os **Ruídos específicos** observados em cada caso, destaca-se:

- a. Fragilidade ou dificuldade de vínculo entre o responsável pelo recém-nato e a equipe; fato que gera insegurança no familiar (**RUÍDO INTRAUNIDADE**). A mãe entrevistada (caso 2) relata que se sentia excluída pelo corpo médico quanto à participação na assistência prestada ao seu bebê na UITN. Na ronda médica, relata sentir-se “*invisível*”, pois todos falavam de seu filho como se ela não estivesse ali.
- b. Prescrição incorreta: uso precoce de ferro oral com risco de retinopatia para o recém-nato. Prescrição corrigida no 5º dia após passagem do round médico. (**RUÍDO INTRAUNIDADE**)
- c. Envio e administração incorreta da dieta: o Serviço de Nutrição envia a dieta inadequada (NAN ao invés de PN) e a enfermagem administra (**RUÍDO INTERUNIDADE**).
- d. Não atendimento à solicitação de um parecer. No caso 1 a criança aguarda 08 dias o parecer da Cirurgia Pediátrica; e no caso 2 aguarda a realização da prova de função pulmonar, recebendo alta sem que seja feita esta avaliação (**RUÍDO INTERUNIDADE**).
- e. Ausência de visitas dos familiares. Não é identificado qual o problema que ocasiona a ausência das visitas; mas sabe-se do contato pelo Serviço Social à família orientando quando a possibilidade de traslado de Araruama à instituição participante do estudo (**RUÍDO INTRAUNIDADE**).
- f. Problemas de arquivamento. Foi identificado o extravio de documentos (balanço hídrico) e a presença de documentos de homônimos (**RUÍDO INTRAUNIDADE**).

4.5. Ruídos nas falas dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Observou-se na análise dos casos, de modo geral, a convergência entre os ruídos identificados nos fluxogramas com os que emergiram nas dinâmicas de grupo. A realização do grupo focal permitiu, através do desenho retrospectivo, o levantamento e discussão dos ruídos que interferem na assistência prestada e na construção da rede de contratualidades da organização hospitalar.

Através da construção da rede de pedidos e compromissos assumidos entre a UTIN e os diversos setores/serviços do hospital foram confirmados alguns ruídos e identificados outros não detectados previamente através dos fluxogramas analisadores. Este processo permitiu a visualização da necessidade de eliminação e/ou (re) construção de novos pontos de conectividades/pactos nas relações que se estabelecem no lócus do trabalho.

Para Merhy (1997) a rede de petição e compromissos representa uma ferramenta analisadora que descreve os pactos, as contratualidades estabelecidas entre os diversos atores sociais implicados de alguma forma com o serviço de saúde - sujeitos que operam o trabalho no dia-a-dia.

Na apresentação dos resultados os grupos foram identificados através de uma sigla e a respectiva numeração cronológica: G 1 (Grupo Focal 1); G 2 (Grupo Focal 2); G 3 (Grupo Focal 3); G 4 (Grupo Focal 4) e G 5 (Grupo Focal 5).

Após a apresentação dos problemas identificados nos dois casos analisados, os grupos focais foram convidados a se manifestar a respeito dos fatores que interferem na qualidade do cuidado prestado na unidade de terapia intensiva neonatal (Figura 5). Na construção da rede de pedidos e compromissos emergiram pontos em comum com os fluxogramas e entre os grupos; mas também foram identificadas tensões decorrentes do dia-a-dia dos profissionais que assistem ao RN de alto risco no lócus pesquisado.

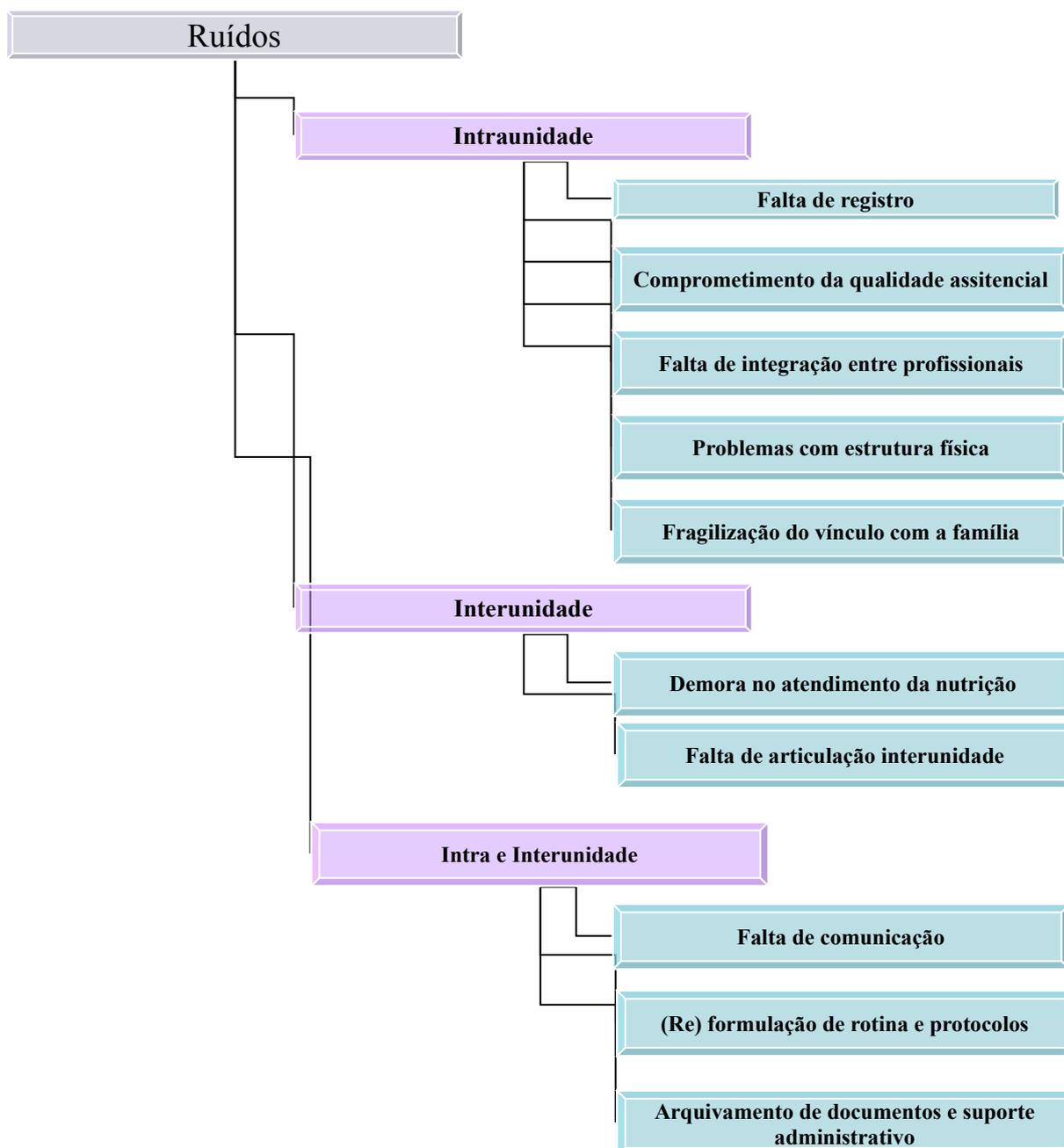


Figura 5 - Pontos ruidosos que emergiram nos grupos focais, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da Maternidade Y, Rio de Janeiro, 2008

4.5.1 O QUE PENSA E O QUE FALA O G 1

Esta dinâmica ocorreu em 12/09/2008, das 16h30min às 18h00min. O grupo contou com a participação de um médico (participou somente da exposição metodológica); uma

enfermeira; quatro técnicos de enfermagem e um auxiliar de serviços gerais (técnico de enfermagem). Durante a apresentação dos fluxogramas eixo-usuário não teceram qualquer comentário. Ruídos destacados pelo grupo:

1. Comunicação pouco efetiva – O grupo destaca a falta de comunicação entre as equipes multidisciplinares, principalmente entre a enfermagem, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutrição e farmácia. Como exemplo o G1 cita a mudança freqüente de itens da prescrição, tais como: alteração da dieta, suspensão e alteração de drogas e início de condutas que não são avisadas à equipe de enfermagem. Como o ritmo de trabalho na UTIN é intenso, essas alterações podem ser identificadas tardiamente (no período da tarde) ou quando há uma cobrança da execução de determinados procedimentos pelos médicos. Relatam também um desgaste e problemas de comunicação com a Farmácia e com o Lactário. Para o grupo, as solicitações deveriam ser feitas verbalmente e por escrito na tentativa de se detectar possíveis fontes de problemas de comunicação. O grupo relata tensões relacionadas aos contatos estritamente verbais. Outro ponto destacado é a dificuldade de comunicação através de telefone com o Lactário, uma vez que o ramal encontra-se permanentemente ocupado. Há uma necessidade de cobrança contínua. As dietas vêm sendo encaminhadas para a UTIN sem o copinho, o que faz com que a equipe de enfermagem improvise a administração da dieta usando seringas ou copinho de café descartável, que leva ao desperdício de leite e incômodo ao bebê. Um participante relata que *“o copo descartável não se adapta corretamente à boca do RN, levando ao desperdício e a machucar a boca do bebê”*. Algumas crianças com problemas neurológicos não sugam adequadamente o bico de silicone, no entanto sugam com o bico de látex tipo chupa. Como não há este tipo de bico na instituição, a equipe de enfermagem busca alternativas que beneficiem o cliente. Uma dessas medidas alternativas é a aquisição (e doação) de chucas para crianças com necessidades específicas que impedem/dificultam a aceitação da dieta. Tal postura marca a dimensão subjetiva dos elementos instituintes que lançam mão de estratégias para reagir ao estabelecido e resguardar a segurança do cliente, o que pode representar, em alguns casos, a diferença entre a realização de uma gastrostomia e a oferta de dieta através da via oral. Os participantes do grupo propõem que se crie, em conjunto com os serviços de fonoaudiologia e a nutrição, um protocolo que especifique, de acordo com o perfil de gravidade do bebê, o material e a técnica a ser utilizada para administração da dieta. Para os participantes do grupo um entrave para as negociações que viabilizem a implantação deste protocolo é própria caracterização de Hospital Amigo da

Criança, selo de qualidade que restringe/impede a utilização de bicos. No entanto o grupo pondera que se trata de uma instituição que é referência para malformações fetais e, portanto, apresenta um grande número de bebês com problemas estruturais e neurológicos que exigem a formulação de protocolos específicos.

2.Falta de registro - O grupo teceu inúmeros comentários sobre a importância do registro, principalmente o da enfermeira. A enfermeira destacou a falta de tempo como elemento que interfere no registro. Justifica que há dificuldades para o enfrentamento deste ruído, uma vez que é a única para cuidar de 25 recém-nascidos (15 recém-natos graves e 10 recém-natos na unidade intermediária). O grupo apresenta como proposta a implementação de um registro padrão (tipo *check-list*) que fosse feito no plantão diurno e, posteriormente, complementado à noite. Em relação a ausência de carimbo nos registros, muitos dos profissionais presentes informam que possuem carimbo mas não usam. Afirmam que os carimbos “*estão guardados na bolsa*”.

3.Atendimento às solicitações. Demora ou não atendimento do Serviço de Nutrição às solicitações/mudanças na dieta conforme a prescrição médica. O grupo refere que a dieta dos RN é alterada pela manhã e somente virá conforme prescrito às 18 horas. Segundo o relato do grupo, ao contactar o Serviço de Nutrição “*alegam que as dietas estão prontas para 24 horas*”.

4.Falta de articulação interunidades. Afirmam que os Serviços de Nutrição e Farmácia como os mais problemáticos na relação com a UTIN. No caso da farmácia exemplificam usando a necessidade de esclarecimento de dúvidas sobre medicamentos (validade, fotossensibilidade, diluição, incompatibilidade). Segundo o grupo tais informações não são disponibilizadas facilmente devido a dificuldade de contato e demora nas respostas/soluções. Adicionalmente muitas drogas suspensas, ou cujo cliente já teve alta, continuam sendo enviadas pela farmácia para a UTIN.

5.Comprometimento da qualidade assistencial. As medicações e as dietas do recém-natos são encaminhadas muito próximas do horário de administração, o que interfere no processo assistencial na UTIN. A relação entre número de membros da equipe de enfermagem e o de pacientes internados é maior que 1:3, fato que levaria a equipe, segundo relato do grupo, a trabalhar intensamente e começar a instalar as medicações e dietas pelo menos 30 minutos

antes do horário prescrito. O grupo identifica no dia a dia uma diferença entre o volume de dieta enviado e o volume administrado, quando medido em seringas. Indagam assim sobre o modo como vem sendo dosado o leite no lactário (seringa ou copo dosador?).

O grupo destaca a demora na liberação das prescrições médicas como uma tensão no processo de trabalho; essa demora (quando as prescrições saem muito tarde) compromete a rede de contratualidade junto à farmácia.

6. Conhecimentos e Prática. A lavagem das mãos é extremamente cobrada à equipe de enfermagem; e, a mesma, evidencia certa negligência em relação aos outros profissionais que atuam na UTIN. Destacam o uso de relógios e a realização de cuidados sem a prévia lavagem das mãos. Um dos participantes do grupo destaca que *“a lavagem das mãos deve ser uma preocupação de todos que cuidam do RN na UTIN”*.

7. Desgaste das equipes e suporte nos finais de semana e à noite. Considerando o número de RNs internados e o volume de cuidados/procedimentos executados nos plantões diurnos, o grupo relata que o número de enfermeiras no plantão diurno é insuficiente (plantões diurnos possuem uma enfermeira e os noturnos duas enfermeiras). Tal fato justificaria em parte, segundo o grupo, certos ruídos levantados através do fluxograma, tais como recepção inadequada dos familiares durante a internação do RN e falta de registros no prontuário pelos enfermeiros.

8. Falta de integração e articulação entre profissionais. O processo assistencial é centrado na figura do médico; há participação restrita dos demais profissionais da equipe no projeto terapêutico. Compartilhamento interdisciplinar restrito. O grupo identifica uma desconsideração/ não-leitura dos registros da equipe de enfermagem. O grupo confirma um ruído relatado na entrevista com a mãe de uma das trajetórias estudadas (caso 2) em relação à realização do round médico. A mãe afirma que *“se sentia invisível”*. O mesmo sentimento é referido por uma das técnicas de enfermagem presente na dinâmica que, se presente no round, também afirma *“se sentir invisível”*.

9. Necessidade de reavaliação no papel dos membros da equipe de enfermagem. O grupo destaca que é necessário repensar sobre quais os cuidados que poderiam ser realizados pelos técnicos de enfermagem, com o intuito de deixar os enfermeiros mais disponíveis para realizar os registros, pelo menos dos recém-natos mais graves. Apesar da discussão, não foi

proposta nenhuma estratégia específica.

10.Necessidade de (re) formulação de rotinas e protocolos. Padronização do processo de manipulação e administração das drogas utilizadas na UTIN, por exemplo: definição de critérios para o uso de perfusor na administração de drogas que exigem infusão lenta, proteção de drogas fotossensíveis, uso de seringas acima de 5 ml no uso do cateter central de inserção periférica.

11.Problemas relacionados à estrutura física da UTIN. O grupo destaca que a distância entre as incubadoras é pequena, que o formato retangular da planta física do setor dificulta a visão do todo e aumenta o sobre-esforço dos profissionais de enfermagem que *“andam muito o dia inteiro na checagem dos monitores quando alarmam.”*

4.5.2 O QUE PENSA E O QUE FALA O G 2

Esta dinâmica foi realizada no dia 16/09/2008, teve seu início às 16 horas e o término às 17 horas. Participaram uma enfermeira, quatro técnicos de enfermagem e uma secretária responsável pelo arquivamento (com formação de técnico de enfermagem). Durante a apresentação dos fluxogramas eixo-usuário não teceram qualquer comentário. Houve confirmação de alguns dos ruídos destacados através dos fluxogramas e levantados outros ruídos pelos participantes do grupo, apresentados a seguir:

1.Falta de registros. Grupo destaca a necessidade do registro de enfermagem, principalmente o da enfermeira.

2.Comprometimento da qualidade assistencial. Há tensões em relação à aplicação da técnica mãe-canguru. Um dos membros do grupo explicita: *“a equipe não está preparada para a realização desta técnica”*. Sinalizam que a deficiência vai desde questões relativas ao conhecimento científico até problemas de infra-estrutura (falta cobertas, macacão para o canguru, camiseta ou camisola materna). Afirmam que *“a intenção da equipe é boa, mas o resultado não”*, e que *“cada um faz do seu jeito”*. Um dos participantes destaca *“imagino quais foram as conseqüências da hipotermia para este RN submetido à técnica”*, *“a técnica*

somente deveria ser realizada quando todos tivessem sido treinados". O grupo reivindica melhores condições dos bicos e copinhos. Constatam que no dia a dia não há copinhos em quantidade suficiente para administração da dieta e a *"qualidade dos bicos é ruim, pois vem com furos grandes"*, o que pode ocasionar broncoaspiração. As drogas fornecidas pela farmácia deveriam ser conferidas ao recebimento, *"droga por droga, mas isso muitas vezes não é possível devido a grande demanda da UTIN"*.

3.Falta de comunicação entre as equipes multidisciplinares. Sinalizam que *"falta a parte escrita"*. Presença de desgaste e problemas de comunicação com o Lactário. Há dificuldades em se estabelecer contato com lactário, pois o *"ramal vive ocupado"*. Propõem a disponibilização de um ramal adicional.

4.Arquivamento de documentos e suporte administrativo. O grupo relata que as apnéias do recém-natos são registradas no *Mapa de Apnéia*, documento este que não permanece no prontuário após a alta do recém-nato. Após a apresentação das trajetórias sentinelas, um dos participantes se manifesta perguntando *"cadê o mapa de apnéia?"*. Atentam para o fato de que se o evento da apnéia não é evoluído no balanço ou no prontuário pela equipe de enfermagem, constando exclusivamente no mapa de apnéia, como fica o registro deste problema?

5.Acolhimento e vínculo com a família. O grupo se manifesta a respeito da reação da mãe em relação à organização do espaço. Para o grupo o fato da mesa dos médicos estarem localizada perto das mães, as leva a *"escutar a conversa dos médicos e ao surgimento de dúvidas"*. A mãe, no entanto, *"não se sente à vontade para questionar o corpo médico e pergunta suas dúvidas para a enfermagem"*.

Afirmam que é impressionante o fato da *"mãe dividir a unidade em rá, ré, ri, ro e rua"*. Para o grupo a expectativa de *"passar de níveis até a alta (rua) sempre existirá"*; o que falta é *"orientar os responsáveis acerca desta dinâmica"*. Destacam a falta de tempo para orientar os familiares, justificando o fato através do número de crianças internadas em relação ao número de profissionais. Na discussão um dos participantes exemplifica o problema da falta de tempo dizendo no plantão daquele dia pela manhã ocorreram 4 internações e *"a enfermeira mal olhou as crianças, quanto mais os responsáveis"*. Para o grupo tanto os familiares quanto a mãe da criança são mal orientados em decorrência do volume de trabalho. Dizem que somente quando os RNs estão no berçário intermediário é que conseguem conversar melhor com os familiares, e destacam *"criança bem, é criança em casa"*. Na discussão enfatizam a

importância da visita dos pais. Não há controle efetivo em relação às visitas e não há profissional responsável por este controle. A equipe de enfermagem identifica a ausência de visita através de alguns sinais, dentre os quais *“muitas roupinhas sujas ou a falta das roupinhas para colocar nos bebês”*. Segundo o grupo *“os avós ficam jogados na UTI”*. Um dos participantes destaca *“mal tenho tempo para cuidar da criança, infelizmente não moverei esforços para cobrir esta deficiência”*.

6.Falta de integração e articulação entre profissionais. Existência de práticas fragmentadas. Para o grupo as recomendações do serviço de fisioterapia e de fonoaudiologia não são lidas pela equipe de enfermagem e equipe médica. Segundo um dos participantes *“é como se a visita deles não existisse”*. Igualmente a evolução da equipe de enfermagem também não seria lida pelo médico, fato que sinaliza a fragmentação do trabalho e interfere no processo de conjugação dos diversos núcleos de competência profissional. Adicionalmente destacam que há um grupo multidisciplinar na instituição, mas quando *“a enfermagem precisa dos seus serviços, eles (fisioterapia e fonoaudiologia) não estão presentes”*. *“A UTIN funciona 24 horas, logo sua necessidade é contínua”*. O grupo questiona como resolver esta necessidade já que alguns profissionais são diaristas. Referem que a equipe médica não lê os registros da equipe de enfermagem e por isso alguns problemas deixam de ser identificados e condutas não são implementadas. O grupo relata que *“os pais sentem a diferença entre a criança que a enfermagem estimula a sucção e a que a fonoaudiologia estimula”*. Indagam o que estaria acontecendo, já que os pais prefeririam a estimulação realizada pela equipe de enfermagem. Para o grupo, a enfermagem no berçário intermediário, está sempre preocupada em que *“a criança sugue para ter alta”*. Segundo um dos participantes há *“falta de paciência da fonoaudióloga para estimular e administrar a dieta”*. Destacam que algumas crianças precisam do bico de chucha, que *“não é padronizado pela instituição”*.

7.Necessidade de (re) formulação de rotinas e protocolos. Padronização do processo de manipulação e administração das drogas utilizadas na UTIN. Grupo destaca a necessidade de padronização de drogas utilizadas na UTIN. Segundo um dos participantes do grupo, já foi ao serviço de farmácia e viu pessoalmente que há rotina implantada, a *“rotina do serviço está desatualizada e incompleta e deveria ser revista pela chefe da UTIN”*.

8.Falta de articulação interunidades. Quando a enfermagem contata a farmácia, por precisar de alguma droga, pomada ou supositório, há grande demora para a liberação do

medicamento solicitado, o que pode comprometer a qualidade do cuidado de enfermagem. Há drogas que, apesar de suspensas e o cliente já em alta, continuam a serem enviadas pela farmácia para UTIN. Um dos elementos do grupo propõe que a nutricionista passa-se um dia na UTIN para visualizar a dinâmica da unidade e identificar as necessidades dos RNs. Para a equipe de enfermagem “*o serviço de nutrição não entende a necessidade urgente da mudança de uma dieta por conta da hipoglicemia*”. Segundo o grupo, a mudança solicitada ao serviço de Nutrição virá somente às 18 horas, “*independente da hora de solicitação*”. Indagam sobre a possibilidade de “*ter uma nutricionista somente para a UTIN*”. Advertem que o ideal seria que a enfermagem repassa-se, o mais breve possível, para o serviço de nutrição as alterações prescritas. Alegam, no entanto, que devido à demanda e às deficiências no processo de comunicação com a equipe médica, nem sempre as alterações são identificadas logo pela manhã.

4.5.3 O QUE PENSA E O QUE FALA O G 3

Esta dinâmica ocorreu em 23/09/2008, teve seu início às 10h00min e o término às 11h00min. Participaram do grupo: duas enfermeiras diaristas; um gerente de enfermagem da UTIN, três técnicos de enfermagem e um residente de enfermagem. Na apresentação metodológica e dos fluxogramas o grupo considerou a metodologia apresentada era muito interessante. Destacou que esta metodologia mostrava um retrato do processo de trabalho e que poderia ser uma ferramenta a ser usada na construção de indicadores de qualidade. Entretanto um dos participantes destacou que “*ela por si só não dá conta do processo, pois há algumas coisas que ficam sem respostas*”. Afirma que “*somente quem vive o processo poderia explicitá-lo melhor*”. Houve confirmação de alguns dos ruídos destacados através dos fluxogramas e levantados outros ruídos pelos participantes do grupo, apresentados a seguir:

1.Falta de integração e articulação entre profissionais. Existência de práticas fragmentadas. O grupo elege como uma grande dificuldade dentro da UTIN a questão de interdisciplinariedade. Afirmam que “*já vem a bastante tempo traçando estratégias sem muito êxito*”. Trata-se de um serviço que exige a presença de vários profissionais e “*o que*

acontece no dia-a-dia é a existência de várias tribos". Detectam que há falta de comunicação e de trabalho em equipe. Verificam que geralmente a equipe de enfermagem não lê o registro de seus colegas. A equipe recebe o plantão e não confere o que aconteceu no plantão anterior, não toma ciência quanto às mudanças de condutas, sendo reproduzidos cuidados sem reavaliações do cliente. O grupo mostrou espanto em relação a algumas questões, destacadas nos fluxogramas, pela equipe de enfermagem que não foram identificadas pela equipe médica, tais como o resíduo gástrico sanguinolento e as distermias. Tal fato levou o grupo a refletir a respeito das contratualidades entre a equipe médica e de enfermagem. Relatam que consideram muito difícil que a enfermagem tenha identificado RG sanguinolento e não avisasse verbalmente aos médicos. Para os participantes do grupo "*este fato é incomum na UTIN*" e, portanto, não conseguem visualizar o que aconteceu.

2.Necessidade de (re) formulação de rotinas e protocolos. Relatam que apesar da humanização ser um conceito trabalhado há muito tempo, "*ainda falta uma sistematização de condutas*". Consideram necessária a nomeação de profissionais que se responsabilizem pela orientação, implementação e supervisão do cuidado humanizado. Os enfermeiros informam que o mapa de apnéia foi criado para "*facilitar a visualização do todo*", mas acreditam que tais informações "*deveriam também ser evoluídas no prontuário ou no balanço hídrico*". Um dos participantes afirma que é necessário "*esclarecer a equipe quanto ao papel do mapa de apnéia*" e da necessidade de que as intercorrências sejam registradas no prontuário ou no balanço hídrico.

3.Arquivamento de documentos e suporte administrativo. As enfermeiras da rotina relatam que já vêm tentando traçar estratégias em relação ao arquivamento de documentos, colocando duas pessoas responsáveis somente para arrumar o prontuário na UTIN. Uma pessoa dentro da unidade e outra fora da unidade. Ao olhar o fluxograma, as participantes do grupo ficaram admiradas ao identificar sérios problemas em relação ao arquivamento de documentos. Ponderam que estes profissionais foram treinados e sabem como devem atuar. Por fim um dos participantes afirma: "*se a questão é compromisso, eu não sei o que fazer...*". Em relação aos prontuários, questionam o fato dos balanços hídricos estarem sendo arquivados em anexo ao prontuário. O grupo se interroga se seria válido para o processo de acreditação o fato dos enfermeiros evoluírem no balanço hídrico. Um dos participantes se questiona "*para a acreditação o que é válido? O excesso do prontuário também é visto pela acreditação?*".

4.Falta de registros. Para o grupo há um problema sério quanto aos registros da equipe de enfermagem, que fazem com que a enfermagem não apareça no prontuário e que levam à troca de documentos e/ou problemas de arquivamento. Enfatizam que é necessário que a equipe de enfermagem registre, com periodicidade, com clareza e legibilidade. Os participantes do grupo dizem-se extremamente preocupados com a questão do registro. Afirmam que “*não tinham noção da dimensão do problema*”, mas que já vinham se articulando, nas reuniões com os enfermeiros, a fim de traçar propostas para melhorar a questão do registro de enfermagem na UTIN.

5.Falta de comunicação entre as equipes multiprofissionais. Para o grupo a equipe de enfermagem deveria ter muito “*cuidado com as ordens verbais feitas pelos médicos, pois muitas vezes eles não escrevem*”. Tal fato produz uma incógnita: “*será que a enfermagem errou? Ou foi o médico que não prescreveu?*” O grupo ressalta que a enfermagem deve executar somente aquilo que está prescrito e “*em caso de emergência que cobre o mais rápido possível a prescrição. Caso não esteja prescrito, não façam!*”. O grupo identifica como um grande obstáculo no processo de trabalho a falta de comunicação entre as equipes multiprofissionais, fato que abrange desde a não leitura dos registros até a comunicação informal/verbal dificultada.

6.Comprometimento com a qualidade assistencial. Para o grupo “*as pessoas hoje tendem a amenizar os problemas. De fazer as coisas com a barriga*”; neste aspecto o grupo reforça a importância do comprometimento e da responsabilização com o cliente. Reafirmam veemente a questão da falta de compromisso da equipe quanto à qualidade do cuidado. Exemplificam sobre o modo de agir dos profissionais. Um dos profissionais diz que “*há um tempo atrás, todos da equipe de enfermagem estavam presentes na passagem do plantão, questionavam e cobravam do colega quando visualizavam as crianças mal posicionadas ou algum erro no balanço hídrico*”.

7.Técnica mãe-canguru. Em relação à técnica mãe-canguru, o grupo destaca que desconhece o motivo que justifique o fato desta estratégia não ter sido implementada na UTIN. Consideram que o primeiro passo é implementar, “*é importante começar*”. Alguns enfermeiros destacam que pretendem “*se organizar para implementar a metodologia com bases científicas, treinamento de toda equipe*” e elegendo um profissional responsável. O

grupo de enfermeiras reitera que *“vivem um momento novo”*, pois a equipe que hoje atua na UTIN é uma equipe nova. Um dos participantes diz que *“está a dois anos no instituto e que ainda estão se adaptando”*. Afirmam que *“a equipe ainda está construindo o seu modo de trabalho”*, o *“trabalho em equipe, com mais compromisso”*. Quanto à distermias, o grupo refere que a equipe médica examina e evolui pela manhã, não fazendo avaliações periódicas no balanço hídrico durante o dia, o que poderia justificar a ausência da identificação de tal alteração. A equipe médica controla periodicamente a oxigenoterapia. Causa admiração aos enfermeiros presentes a ausência de utilização da zona térmica neutra pela equipe de enfermagem; afirmam que *“todos têm o conhecimento sobre o método e a importância da mesma”*.

8.Acolhimento e vínculo com a família. Em relação ao posicionamento do RN na estrutura física da UTIN de acordo com um dado critério de gravidade, o grupo afirma que *“essa dinâmica existe em todas as UTIN”*. Os profissionais *“tendem a juntar os mais graves e deixá-los em local estratégico”*, de maior e melhor acessibilidade. Consideram que o que falta é orientação à família quanto a este processo, pois *”quanto há este conhecimento, não há estresse pela mudança de local e sim pela gravidade do bebê”*. Afirmam que *“o estresse dos pais e as expectativas quanto à melhora ou piora sempre existirá, pois a sensação de perda estará rondando”*. Duas enfermeiras presentes tiveram filhos prematuros, que ficaram em UTIN e relatam que gostavam quando o bebê estava posicionado *“mais perto da equipe médica e de enfermagem, pois sabia que sempre estariam de olho, que seria o centro das atenções”*. *“A UTIN é frustrante para os pais, não há como privá-los ou protegê-los desta frustração”*, diz uma dessas enfermeiras. O grupo destaca que *“quando a mãe refere que precisa da autorização da enfermagem para tocar no seu bebê, que isso soa ruidoso”*, já que a mãe deveria ter sido orientada que *“poderia sempre tocar o seu bebê e que esse toque é fundamental”*.

4.5.4 O QUE PENSA E O QUE FALA O G 4

Esta dinâmica ocorreu no dia 23/09/2008, teve início às 16 horas e o término às 17 horas. Participaram do grupo uma enfermeira e cinco técnicos de enfermagem. Houve confirmação de alguns dos ruídos destacados através dos fluxogramas e levantados outros ruídos pelos participantes do grupo, apresentados a seguir:

1. Atendimento às solicitações. Demora ou não atendimento do serviço de Nutrição às solicitações/mudanças na dieta conforme a prescrição médica. O grupo refere uma grande dificuldade na *“relação com a nutrição”*; exemplificam que a dieta alterada às 13h00min somente virá corretamente no outro dia. Ao contatar o serviço de nutrição, justifica, segundo o grupo, *“que os leites já estão preparados, etiquetados e separados, não podendo ser alterado”*. Um dos participantes questiona: *“E a criança como fica?”*. A equipe de enfermagem sinaliza que o papel do Serviço de Nutrição é *“preparar o leite para toda a noite, para que desça no horário”*. Identificam que a prescrição do dia somente passa a vigorar às 18 horas (baseado na checagem da nutricionista pela manhã), sendo este protocolo institucionalizado. Solicitam a entrega das dietas 30 minutos antes em virtude da *“intensa dinâmica”* da UTIN.

2. Problemas relacionados à estrutura física da UTIN. O grupo ressalta que a Nutrição queixa-se de não haver copinhos e bicos adequados por *“descuido da enfermagem”*. Segundo o grupo *“falta compromisso da enfermagem em cuidar dos bicos e copinhos”*. Para o grupo as equipes não demonstram cuidado com o material permanente da UTIN, *“deixando-o jogado dentro do recipiente de materiais sujos”*; o que leva ao dano da aparelhagem como cabo de monitores e bombas infusoras, comprometendo a qualidade do cuidado prestado.

3. Necessidade de (re) formulação de rotinas e protocolos. Criticam o protocolo da Nutrição para alteração de dietas. Consiste em uma ficha preenchida pela equipe de enfermagem com os dados do RN (identificação, número do prontuário, setor, tipo de leite, volume e horário), assinada pelo médico. Independente do horário, se o setor quiser alterar a dieta, terá que preenchê-la. Os participantes colocam que o problema maior está no plantão noturno, porque *“o número de profissionais de enfermagem diminui pelo horário de descanso e terão que ir até o quarto dos médicos para que carimbem o formulário da nutrição”*. Completam que o dormitório médico fica localizado longe da UTIN. Como estratégia à burocracia a equipe refere *“pegar o que sobra do coleguinha para administrar no outro bebê”*. Propõe que a chefia de enfermagem junto à nutricionista *“elaborem estratégias que facilitem o cuidado.”* O grupo identifica a necessidade de criação de um protocolo para a técnica mãe canguru. Afirmam *“que ninguém explica como deveria ser realizada a técnica”* e que *“cada um faz de seu jeito”*. Relatam ainda que *“a UTIN é um setor muito agitado e com poucos profissionais”*, e esta *“técnica exige muita atenção”*. Consideram ser *“inviável a realização desta técnica sem*

supervisão". O grupo destaca a necessidade de treinamento dos profissionais de enfermagem; capacitando-os na técnica mãe canguru.

O grupo ressalta a ausência de protocolos para analgesia de RNs em pós-operatório imediato ou submetidos a procedimentos dolorosos; *"em muitas situações a analgesia é colocada por solicitação da enfermagem"*. Destacam a *"existência de escala de dor; sendo um dispositivo utilizado pela enfermagem no controle da intensidade da dor e da necessidade de intervenção farmacológica ou não"*.

O grupo solicita uma reavaliação dos critérios do hospital amigo da criança; levando em conta a existência de bebês com malformação e neuropatas. Uma participante destaca que *"bebês que tomam bem o leite no copinho, não possuem malformação associada"*.

4.Falta de articulação interunidade. O grupo refere à demora da Cirurgia Pediátrica em emitir parecer na UTIN.

5.Comprometimento da qualidade assistencial. O grupo sinaliza o modo de agir humanizado pela equipe de enfermagem; referem possuir preocupação quanto ao acolhimento e que, *"sempre que possível, dão informações aos pais"*.

O grupo destaca a importância do mínimo manuseio. Um dos participantes afirma que o RN começa a ser manipulado às 8 horas pela enfermagem, 9 horas pela fisioterapia, 11 horas pela enfermagem e 12 horas pelo médico. *"A criança é manuseada intensamente de 08h00min até as 13 horas"*. Considera o fato, um *"estresse absurdo, que poderia ser reduzido com o mínimo manuseio"*. Para o grupo a falta de integralidade multiprofissional é um obstáculo ao mínimo manuseio, sendo somente realizado em pacientes com hérnia diafragmática. O grupo propõe a extensão do cuidado a todos os RNs na UTIN. Um participante exemplifica a segunda-feira como o dia em que o RN mais será manipulado: *"onde estão presentes todas as chefias, residentes médicos e chefes de clínica para saber como foi o final de semana"*.

Sinalizam o ambiente da UTIN como *"altamente estressante e desumanizado"*. Com ruído de pessoas falando alto e monitores alarmando; com luminosidade intensa nas 24 horas e com temperatura ambiente oscilante (calor ou frio). Esclarecem que *"a chefia de enfermagem vem se mobilizando em estabelecer protocolos quando a luminosidade e ao barulho, mas ainda falta à equipe se conscientizar"*.

Ressaltam a necessidade da utilização de chupetas para a estimulação da sucção não nutritiva; Afirmam que *"as crianças são submetidas a longo tempo de dieta zero, não sendo estimuladas devido à missão institucional de hospital amigo da criança"*.

Afirmam dificuldade em administrar dieta pela ausência de copinhos e bicos adequados. “*Os bicos vêm com furos grandes o que faz com que o leite saia em grande quantidade*”, já quando utilizam seringas ou copinhos de café “*há o desperdício de leite ou incômodo do bebê*”.

6.Falta de registros. Traçam como estratégia a contratação de pessoal na resolução da questão.

7.Falta de integração e articulação entre profissionais. Referem a falta de integração como obstáculo ao mínimo manuseio. Propõem um “*trabalho de conscientização do grupo sobre a importância do mínimo manuseio e do trabalho em equipe*”. O grupo destaca dificuldades em relação ao trabalho em equipe. Um participante relata que “*a enfermagem é continuidade*”. Exemplifica que a equipe do plantão diurno deveria completar o cabeçário dos balanços hídricos se constatasse que o plantão anterior não o completou. Sugerem, a partir de experiências em serviços privados, que fossem feitas etiquetas com os dados do RN para serem colados no balanço hídrico e nos exames. Seria uma estratégia a favor da legibilidade dos registros.

8.Falta de comunicação entre as equipes multiprofissionais. Afirmam ser um grande problema contatar o lactário, pois “*o ramal na maioria das vezes está ocupado*”. Referem que “*contato com lactário só se for mediúnico, pois os ramais vivem ocupados*”. O grupo propõe a criação de mais um ramal.

9.Problemas relacionados à estrutura física da UTIN. O grupo destaca dificuldades em relação à manutenção dos equipamentos. Ressaltam os seguintes itens: “*os aparelhos de ar são insalubres*”; encontram-se “*remendados com esparadrapo e muito sujos, causando até problemas respiratórios*”; “*as bombas infusoras, as incubadoras, os cabos dos monitores e os respiradores com defeito*”, levando a equipe ao estresse e ao retrabalho, já que perdem muito tempo “*encontrando a bomba que funciona, a incubadora que umidifique, o cabo que funcione, etc*”. Para o grupo este tempo poderia estar sendo utilizado no cuidado do cliente. Propõe que a manutenção da aparelhagem seja preventiva, já que a demanda é muito grande e, “*quando se acumulam materiais quebrados é um caos*”. Destacam a necessidade de sensores de oximetria e manguitos de pressão não invasiva; pois “*muitas vezes o médico prescreve o controle de pressão arterial e a equipe não verifica porque não tem*”; e os sensores de

oximetria seguem o seguinte critério: *“quem está menos grave cede para o colega”*.

4.5.5 O QUE PENSA E O QUE FALA O G 5

Esta dinâmica ocorreu em 26/09/2008, teve início às 21 horas e término às 22 horas. Participantes uma enfermeira e quatro técnicos de enfermagem. Durante a apresentação dos fluxogramas eixo-usuário não teceram qualquer comentário. Houve confirmação de alguns dos ruídos destacados através dos fluxogramas e levantados outros ruídos pelos participantes do grupo, apresentados a seguir:

1. Comprometimento da qualidade assistencial. O grupo ressalta que não sabe por que *“os profissionais de enfermagem não são orientados sobre a questão da zona neutra”*, pois todos sabem *“o quanto é ruim para o RN as distermias”*. Dizem que *“muitos da equipe não possuem experiência com RN devendo ser treinados”*. Destacam o fato de representarem um grupo novo que, em sua maioria, não trabalhavam anteriormente com UTIN (a vaga para técnico não exigiu especialização) e, que não foram treinados inicialmente. Destacam ainda que: *“o que aprenderam foi perguntando ao colega e estudando por conta própria”*. Afirmam que havia colegas que *“ensinava errado”*. O grupo destaca que *“atualmente é que há algumas aulas”*, mas as consideram insuficiente. Possuem dificuldades, mas afirmam que *“já é um começo”*.

Ressaltam que *“a chefia tem elogiado o grupo, pois está havendo uma melhora quanto ao cuidado prestado pela equipe de enfermagem”*, mas se perguntam: *“quantos sofreram ou pagaram o preço da falta de conhecimento e habilidade?”*.

Os participantes afirmam que a técnica mãe canguru somente *“deveria ser feita por aqueles que soubessem fazê-la”*. Consideram o rótulo da dieta muito confuso e com muitas informações. Um participante ressalta *“é duro de entender”*.

O grupo destaca vários elementos relacionados ao serviço de limpeza que comprometem a qualidade do cuidado. Ressaltam que os funcionários *“utilizam a mesma luva que limpam o chão para colocar papel de secagem das mãos na papeleira”*. Consideram que *“não é de maldade, é falta de informação”*. Afirmam que *“não sabem se são treinados”*, *“a equipe é terceirizada”*. Alguns participantes afirmam *“que não utilizam soluções e produtos adequados para limpeza”*. *“À noite ao invés de passar pano, passam o rodo puro”*. Quando

questionados dizem que *“não tem pano e nem produto de limpeza”*. Segundo o grupo, o abastecimento de produtos de limpeza fica à cargo da empresa terceirizada. A estratégia utilizada por alguns profissionais da limpeza é *“comprar panos para poderem limpar mais adequadamente”*. O grupo identifica que *“às 06h00min da manhã a UTIN está muito suja e com as lixeiras transbordando”*. *“Há a necessidade da limpeza mais vezes à noite”*.

2.Falta de registros. Para o grupo em relação ao registro de enfermagem *“muito é falado e pouco é feito”*. Consideram que os processos devem ser revistos. Relatam que *“vivenciam em instituições privadas a mesma relação entre o número de profissionais de enfermagem e RN, e que ainda assim, todos os RN são evoluídos”*. Alguns se perguntam: *“o que acontece na instituição?”*, *“Como vemos os nossos registros?”* e *“O que podemos fazer para mudar este cenário?”*

3.Fragilização do vínculo com a família. O grupo considera que *“falta informação para a família”*. Dizem que *“alguns profissionais fogem da família”*, não vendo os familiares como *“elementos que também são de nossa responsabilidade”*. Um participante do grupo exemplifica uma situação em que uma mãe adolescente solicitou que ficasse ao seu lado porque seu bebê havia morrido. Refere que *“ficou e achou muito importante esse momento”*. Afirma, contudo que nem sempre o plantão permite que isto ocorra, porque *“há dias que há somente 1 enfermeiro e 3 técnicos para 11 a 15 RNs na UTIN”*.

4.Falta de integração e articulação entre profissionais. O grupo relata que a mãe quando está internada *“muitas vezes pede ajuda quanto à ordenha manual e ao ingurgitamento mamário”*. Consideram que este papel deveria ser dos profissionais do alojamento conjunto, pois o ritmo da UTIN é muito intenso; ainda assim alguns profissionais afirmam que, quando possuem tempo, ajudam a mãe. Dizem que *“é questão de humanidade”*. Afirmam que uma das grandes dificuldades é o horário de liberação das prescrições médicas; que como ocorre a partir das 13h00min, *“dificultando o processo de enfermagem e da farmácia”*. O grupo destaca que a equipe médica altera condutas e drogas, não avisando prontamente; os profissionais somente *“tomam ciência no momento do aprazamento ou por solicitação da execução pelo médico”*. Destacam que *“a enfermagem identifica alterações no RN que não são valorizadas pela equipe médica”*; exemplificam as quedas de saturação, anemia, hipoatividade, etc. Esta tensão causa *“frustração a equipe de enfermagem”*, que se sente *“desvalorizada, não participante e meramente tarefaira”*. Ressaltam ainda que *“gostariam*

de participar das decisões” e de se sentirem “visíveis” no round.

Falta de comunicação entre as equipes multiprofissionais. Relatam a ausência do médico na UTIN. *“Pela manhã estão presentes, examinando e prescrevendo. À tarde e à noite estão no repouso médico que fica um pouco distante da UTIN”,* dificultando o contato, principalmente nas situações de emergência. Pedem a resolução do problema dos ramais que se encontram ocupados quando precisam. Destacam que a *“comunicação entre as equipes é fundamental”,* mas visualizam que *“trabalham isoladas e que está faltando o trabalho em equipe centrado no cliente”.* Afirmando que *“cada um só vê o seu lado”.* O grupo ressalta que *“a supervisora da limpeza, às vezes passa, mas não mantém contato com a gente”.*

A equipe de enfermagem afirma que sempre guarda os copinhos e bicos, mas a Nutrição sempre os acusa de destruí-los; o grupo indaga que *“não sabe o que acontece”.* Destacam que o contato com a Nutrição é muito difícil; *“o ramal vive ocupado”.* *“Que tal mais um ramal?”.*

5.Necessidade de (re) formulação de rotinas e protocolos. Referem que a burocracia com o lactário dificulta a resolução de problemas na prescrição de dietas. Destacam que: *“Anteriormente quando não havia a burocracia do preenchimento de formulários era mais fácil de se resolver às coisas, pois sempre tinha algumas lactaristas boas de jogo, que facilitavam, mas agora...”.*

6.Falta de articulação interunidade. O grupo considera o serviço de limpeza como *“sem dono”; “terra de ninguém”.* *“Quando se têm problemas nunca sabemos a quem procurar”.* Ressalta que *“à noite descansam longe da UTIN”; “às vezes a recepcionista sabe e vai chamar”.*

4.6 A organização da assistência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Relação entre sujeitos: revendo as redes para desatar os nós.

A realização do grupo focal permitiu o levantamento dos ruídos que interferem na assistência prestada através da neonatologia e a discussão da rede de contratualidade,

favorecendo a discussão do grupo a cerca do papel e inserção da equipe de enfermagem, das relações e da gestão do cuidado. Na construção desta rede emergiram pontos em comum com os fluxogramas das trajetórias sentinelas e foram identificadas tensões decorrentes do dia-a-dia dos profissionais (Quadro 1).

RUÍDOS – GRUPO FOCAL	GRUPOS
Falta de comunicação	G1, G2, G3, G4 e G5
Falta de registro	G1, G2, G3, G4 e G5
Falta de articulação interunidade	G1, G2, G4 e G5
Falta de integração entre os profissionais	G1, G2, G3, G4 e G5
Comprometimento da qualidade assistencial	G1, G2, G3, G4 e G5
Demora ou não atendimento da nutrição	G1 e G4
Necessidade (re) formulação de rotinas e protocolos	G1, G2, G3, G4 e G5
Problemas de estrutura física	G1, G2 e G4
Arquivamento de documentos e suporte administrativo	G2 e G3
Acolhimento e vínculo com a família	G2

Quadro 1 - Pontos ruidosos em comum entre os grupos focais, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da Maternidade Y, Rio de Janeiro, 2008

O processo de trabalho nas Unidades de Terapia Intensiva é altamente especializado e requer grande incorporação tecnológica. No entanto, de modo geral tal incorporação enfatiza fortemente as tecnologias leve-duras e duras. Lacunas tecnológicas na dinâmica assistencial se destacam entre os ruídos identificados nos casos acompanhados. Assim surgem os seguintes questionamentos: Alguém utilizou ferramentas para apoiar a missão institucional (“realizar pesquisa, ensino e assistência de referência”)? Alguém acolheu os recém-natos? Alguém acolheu as mães dos recém-natos?

Contradições do processo de trabalho parecem expor as fragilidades no território das tecnologias leves (acolhimento, vínculo, responsabilização, autonomização); mas como efetivar as tecnologias leves e articulá-las com outros tipos de tecnologias? O registro (memória escrita) subestima de alguma forma o uso de tais tecnologias? O que os

profissionais de saúde consideram como cuidado em saúde?

Não se trata aqui de estabelecer hierarquias ou estimar a importância das tecnologias em saúde em relação à gestão do cuidado. A articulação entre os diversos tipos de tecnologias presentes no processo de trabalho em saúde é que parece fazer toda a diferença.

É certo que o neonato prematuro apresenta características particulares, do ponto de vista fisiológico, que são conseqüentes da instabilidade dos vários sistemas de controle hormonal e neurogênico. As peculiaridades do recém-nascido prematuro fazem com que estes sejam submetidos a procedimentos, técnicas e o uso de aparelhagens consideradas essenciais ao tratamento. Isso resulta, em parte, do desenvolvimento imaturo dos diferentes órgãos do corpo e, em parte, do fato de que os sistemas de controle simplesmente ainda não se ajustaram à nova maneira de vida. O teor de água no organismo do recém-nascido prematuro é muito elevado, cerca de 80% do seu peso total, estando a maior parte (43%) no meio extra celular, o que leva a uma fácil instabilidade hemodinâmica. O sistema de coagulação tem uma deficiência transitória dos fatores de coagulação que dependem da vitamina K. O sistema nervoso central nestes pacientes é mais suscetível a injúria e ao desenvolvimento de convulsões, seja, por hipofluxo cerebral, hipóxia ou alterações metabólicas como a hipoglicemia e a hipocalcemia. Toda esta fragilidade predispõe o prematuro a hemorragias intracranianas, que poderão ser desencadeadas por manuseio excessivo ou alto índice de ruídos. Até o simples “bater” da portinhola da incubadora ou o pousar de pranchetas são suficientes para o desencadeamento do processo. A singularidade de suas necessidades de saúde e a gravidade dos casos atendidos mobiliza recursos de diversas ordens.

A equipe da UTIN está comprometida com a manutenção da vida do recém-nato. Tal responsabilidade exige a utilização de todos os recursos disponíveis para a resolução de problemas. Para tanto a equipe deverá *olhar* o recém-nato (e sua família) a fim de atender suas necessidades de saúde, a rede de serviços existente, os atores sociais presentes no micro e

no macro território. Para tanto parece ser necessário adotar protocolos terapêuticos individuais e multiprofissionais que qualifiquem a assistência prestada

Dos ruídos identificados, alguns vêm iluminar a análise sobre o processo de trabalho: falta de comunicação entre as equipes multidisciplinares, principalmente entre a equipe de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, Serviço de Nutrição e Farmácia; falta de articulação interunidades; comprometimento da qualidade assistencial; necessidade de (re)formulação de rotinas e protocolos; problemas relacionados a registro e arquivamento de documentos; e fragilização do vínculo com a família.

Portanto, constatamos que o processo assistencial na UTIN pesquisada é centrado na figura do médico e há uma participação restrita dos demais profissionais da equipe no projeto terapêutico. Verifica-se um compartilhamento interdisciplinar restrito e falta de integração e articulação entre profissionais. Isolado de um trabalho mais coletivo e interdisciplinar no interior da equipe, este modelo excludente gera uma dimensão cuidadora pouco comprometida com seu sujeito/objeto de trabalho – o cliente. Os elementos essenciais para qualificar os atos de saúde - vínculos, responsabilização e acolhimento – são muito pouco trabalhados na relação entre os profissionais de saúde e o cliente.

O processo de trabalho é fragmentado e os projetos terapêuticos não são explicitados e nem negociados adequadamente, de forma a garantir a integralidade da assistência. Esse contexto mostra a necessidade de mobilização de estratégias que fortaleçam o trabalho em equipe, com o foco na integralidade do cuidado e satisfação das necessidades do cliente. Tal fragmentação, fruto de um processo de trabalho cada vez mais especializado e com grande incorporação tecnológica, muitas vezes significa restrição e diferenciação da assistência, redução na produção assistencial, custos mais elevados, discriminação e seleção da clientela (JORGE, 2002; MERHY e ONOCKO, 1997).

Identifica-se uma estrutura administrativa burocrática e um cenário formado por

diversos grupamentos de indivíduos (equipe multiprofissional) que disputam seus projetos. Neste cenário reside a predominância do poder e da autonomia médica.

A falta de integração e articulação entre os profissionais representa um elemento gerador de tensões expresso através de uma série de dificuldades na realização do trabalho em equipe. Os espaços de compartilhamento (reuniões clínicas, round diário, etc) não se efetivam e verifica-se uma desvalorização do exercício dos profissionais não-médicos que fazem parte da equipe. As condutas traçadas por estes profissionais muitas vezes não são seguidas e seus registros não são valorizados, ainda que sinalizem algum tipo de anormalidade não identificada pelo corpo médico. Os profissionais não-médicos estão presentes, mas não integram ou consubstanciam o processo de gestão do cuidado. Este fato é identificado através dos fluxogramas e dos grupos focais, no qual identificamos que as recomendações do Serviço de Fisioterapia e de Fonoaudiologia não são lidas pela equipe de enfermagem e pela equipe médica. Como consequência há tensões no processo gerencial do cuidado.

No processo assistencial, o corpo médico coordena, mas não está presente integralmente; a enfermagem está presente, mas não é reconhecida como gestora ou não se reconhece como tal. Nessa estrutura os demais profissionais são solicitados de acordo com a necessidade do cliente, mas não estão inseridos no projeto terapêutico e na efetivação do cuidado.

A comunicação é insuficiente e realizada predominantemente através do prontuário. Problemas com os registros em prontuário foram evidenciados nos fluxogramas e relatos dos grupos. Os registros são lidos parcialmente ou simplesmente desconsiderados, o que interfere sobremaneira no processo assistencial. A equipe de enfermagem não demonstra utilizar bem os espaços de negociação. Para Rivera (1997) a gestão do cuidado requer base comunicativa, consensual, que respeite a autonomia profissional e a flexibilidade produtiva, que atue em equipe e trabalhe na perspectiva de uma negociação dos compromissos e da contínua

avaliação da qualidade da assistência prestada.

Apesar da complexidade desta unidade especializada há problemas na sistematização do cuidado de enfermagem e na evolução diária da enfermeira nos prontuários. Sobre o trabalho da enfermeira, os grupos justificam como “*falta de tempo*” tais ruídos. Afirmam que atividades do cotidiano (comandar a equipe de enfermagem, prever, prover, organizar e controlar os insumos necessários), limitariam suas ações e participação no projeto terapêutico. Apesar de a enfermeira compartilhar de uma rede de contratos e significações (TONINI, 2006), permanecem expostos problemas inerentes ao saber-fazer da enfermagem e às formas de reação da enfermeira frente as dificuldades do dia-a-dia.

Destaca-se a fragilidade de algumas das redes de contratualidade estabelecidas no interior da unidade estudada, impedindo que sejam consolidados os acordos necessários às relações entre setores ou serviços, produzindo assim, distorções no processo assistencial. A fragilidade na contratualização tem sido uma característica comum a várias instituições, verificada em vários outros estudos (MARQUES e LIMA, 2008; RIBEIRO e BLANK, 2004; FRANCO e MERHY, 2004; MERHY e ONOCKO, 1997). Faz-se necessário o reconhecimento de que estas contratualidades são construídas no dia-a-dia dos múltiplos atores envolvidos no processo de cuidar; de forma espontânea, dinâmica, extremamente dependente das relações interpessoais existentes e das redes informais de comunicação (JORGE, 2002).

O sobre-esforço resultante destas distorções muitas vezes geram o retrabalho, já que boa parte do tempo dos profissionais é consumindo na cobrança dos serviços solicitados e na superação de dificuldades encontradas no dia-a-dia da prestação do cuidado, em vez de estarem dedicando, este tempo, ao cuidado e ao atendimento das necessidades do cliente (JORGE, 2002). Esse ruído indiretamente contribui para um maior tempo de internação, maior tempo de ocupação de um leito de UTIN e maior exposição deste recém-nato ao

ambiente hostil hospitalar.

Verificou-se no estudo tempos de internação muito elevados (acima de 60 dias). Comumente utilizado como um indicador de eficiência hospitalar e medida substitutiva de custos, o tempo de permanência tem sido visto como um indicador relacionado à qualidade do cuidado prestado (NORONHA, PORTELA e LEBRÃO, 2004), embora a natureza desta relação ainda permaneça obscura. Esse tempo pode variar de acordo com características dos pacientes e do hospital, tipo de remuneração da internação e disponibilidade de tratamentos alternativos (tratamento domiciliar, por exemplo). Permanências significativamente mais curtas do que o esperado podem indicar a presença de esforços voltados para a diminuição de custos através da alta prematura dos pacientes, ou seja, baixa qualidade. Por outro lado, tempos de permanência significativamente mais longos do que o esperado também podem ser vistos como indicativo de ineficiência administrativa ou baixa qualidade do cuidado prestado, visto que esta permanência pode ser necessária em decorrência de complicações resultantes do cuidado deficiente. Ruídos inter e intra-unidades contribuem indiretamente para o aumento do tempo de internação.

Nada parece simples em relação ao recém nato prematuro. Vejamos um exemplo que mobilizou a discussão entre os grupos focais. De um lado técnica mãe canguru representa um momento de aproximação e de interação que fortaleceu o vínculo mãe-bebê. Permite a participação dos pais no cuidado, na medida em que, estabelece o contato pele a pele entre a mãe e o recém-nato de baixo peso. No entanto os principais obstáculos identificados nos fluxogramas e nas dinâmicas foram referentes à presença de distermias, sem a utilização da zona termoneutra, e às hipotermias sofridas pela técnica mãe canguru.

Sabe-se que a perda de calor corpóreo causa alterações fisiológicas no recém-nascido, tais como: retardo no consumo de oxigênio, depressão respiratória, coagulopatia, deslocamento da curva da dissociação da hemoglobina para a esquerda, aumento na

concentração de íons de hidrogênio no sangue; que podem acarretar coagulação intravascular disseminada devido à lesão tecidual difusa (BAHTEN, 2006). Dentro deste contexto identificamos a necessidade de um maior investimento frente a realização da técnica mãe canguru; e ressaltamos o questionamento de um participante do grupo focal: “*Quanto pagaram o preço enquanto estamos aprendendo?*”

A equipe de saúde que trabalha na UTIN é confrontada diariamente com questões relacionadas à morte, à longa jornada de trabalho, à inserção dos pais no processo de trabalho, à prática profissional e à (inter) ação pessoal, já que o processo dá-se entre pessoas, sendo o usuário um co-participante e co-responsável pelo resultado da ação terapêutica. Todavia, estes aspectos de grande importância na malha de obstáculos, muitas vezes são subestimados pelo corpo gerencial da UTIN.

Através do olhar sobre o processo de trabalho é possível (re)conhecer como os trabalhadores se articulam na produção do cuidado, como se configura o cenário de disputas, quais os interesses em jogo, suas expectativas e seus saberes. Esta pesquisa proporcionou aos trabalhadores de enfermagem da UTIN a oportunidade de olhar, sobre um ângulo particular, o modo, o porquê e para quem são produzidas as intervenções. Permitiu identificar tensões no processo de trabalho da enfermagem, fazendo com que os trabalhadores se reconhecessem como sujeitos dos processos.

Há que se construir novos acordos institucionais que revise a relação entre sujeito e a rede de contratualidades. Estabelecer fóruns permanentes de integração do trabalho em equipe, nos quais os profissionais participem e tenham autonomia sobre o delineamento de condutas, e que efetivamente se responsabilizem pelo paciente sob seus cuidados (JORGE, 2002).

CONCLUSÃO

5. Conclusão

A análise do processo de trabalho revelou obstáculos que interferem na qualidade do cuidado prestado, gerando sombras e contradições nem sempre identificadas pelos gestores e pelos profissionais de enfermagem imersos em seu cotidiano assistencial. A análise do processo de trabalho traz a possibilidade de abrir a caixa preta que envolve os processos de produção do cuidado, permitindo o desvelamento da dinâmica que envolve os modelos tecnológicos da saúde. Para tanto é necessário ultrapassar barreiras, especialmente aquelas referentes ao campo das relações. A equipe de enfermagem da UTIN revelou grande disposição em explicitar essas tensões e rever contratualidades.

Enfrentar os nós críticos que afetam o processo de trabalho requer valorizar recursos de diversas ordens e exige a participação de todos os profissionais que se responsabilizam pelo acompanhamento do cliente internado. Neste sentido, garantir a integralidade da assistência pode envolver novas configurações das redes estabelecidas e (re)construção das relações no interior das equipes. Há que se resgatar/formar vínculos entre as equipes de trabalho e interagir saberes e fazeres.

Acredita-se que a abertura de um espaço às ações e movimentos instituintes crie um ambiente favorável à construção do novo, com base em um projeto assistencial construído coletivamente voltado para a resolução das necessidades do cliente.

Ao reconhecer os trabalhadores de saúde como sujeitos do processo e com o poder de intervenção e implementação de projetos, esse estudo viabilizou a identificação dos problemas que interferem no processo de trabalho da UTIN e que, conseqüentemente, afetam a qualidade da assistência prestada.

A efetividade do cuidado passa pelo necessário desafio de equilibrar a tensão existente entre o conceito amplo e multidimensional de valorização da vida, de aperfeiçoamento

técnico-científico dos profissionais de saúde, de desenvolvimento tecnológico e do uso racional de recursos existentes na instituição.

A trajetória-sentinela, dispositivo analisador da qualidade de assistência, permitiu avaliar conjuntamente todo processo assistencial e resultados, sinalizando ruídos ao longo do acompanhamento dos casos, momentos e formas de operacionalização do trabalho vivo, da produção do cuidado - objeto dessa pesquisa. Concomitante, a construção da rede de petição e compromissos, através de grupos focais, permitiu não somente a abertura da caixa preta existente nos processos de produção do cuidado, mas a participação real dos trabalhadores, mostrando a sua visão de mundo e expondo as suas necessidades como elementos integrantes deste complexo e dinâmico processo que é assistir ao RN de alto-risco.

Para que a análise e discussão das tensões reveladas no fluxograma e na rede de pedidos e compromissos sejam proveitosas é necessário ultrapassar barreiras relacionadas à comunicação. A quebra do silêncio do cotidiano desvela a presença de processos instituintes que não haviam sido pensados pelo modelo de organização e gestão do equipamento institucional, bem como abre possibilidades de interrogações sobre a maneira como se opera o processo de trabalho e o sentido de suas ações naquele equipamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. Referências bibliográficas:

BAHTEN, Luiz Carlos Von e. col. Heat loss caused by bowel exposition to room temperature in rats. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2006, vol.33, ISSN 0100-6991. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v33n3/v33n3a08.pdf> > Acesso em 18 nov. 2008.

BARBOZA TAV, FRACOLLI LA. A utilização do "fluxograma analisador" para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública. 2005; vol.21, n.4. p. 1036-1044.

BOSI, MLM, UCHIMURA, K. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde. Revista de Saúde Pública, 2007; vol.41, Sup1: p.150-153.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde: o desafio de construir e implementar políticas de saúde. In: Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2000-2002. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatoriodegestaosps.pdf> > Acesso em 18 nov. 2008.

CARAPINHEIRO, Graça. Saberes e poderes no hospital: Uma sociologia dos Serviços Hospitalares. Porto: Afrontamento, 1998.

CONTANDRIOPOULOS, André Pierre et al. Saber Preparar uma Pesquisa. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes C. O banco Mundial e a política social nos anos 90 – a agenda para a reforma do setor saúde no Brasil. In Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social, São Paulo: HUCITEC, 1998, p.125-145.

DUSSAULT, Jean. A gestão dos serviços de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, p.8-19, abr./jun, 1992. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textosapoio/pub06U3T4.pdf> > Acesso em 07 jun. 2008.

FIGUEIREDO, Nélia Maria A. e col. A dama de branco transcendendo para vida/morte através do toque. In: MEYER, Dagmar Extermamm; LOPES, Marta Júlia Marquês. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. cap.8, 137-169p.

FIGUEIREDO, Nélia Maria A. e col. **Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar - Realidade, Questões, Soluções**. Editora: Rio de Janeiro: ATHENEU, 2004.

FRANCO, Túlio B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do Sistema Cartão Nacional de saúde**. 2003. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, [2003]. Disponível em: < <http://www.Teses.Usp.Br/teses/disponiveis/83/7431/tde-02843004-1597418/publico/doutorado.pdf> > Acesso em: 13 jun. 2007.

FRANCO, Túlio B; MERHY, Emerson E. O uso das ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde. In: Merhy, EE; Magalhães Júnior, HM; Rimoli, J; Franco, TB. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC; 2004. p.135-160.

GEORGE, John B e. col. **Os fundamentos à prática profissional**. Porto Alegre: Editora ARTMED. 2000.

GONÇALVES, Ricardo Bruno M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994. 278p.

HARTZ, Zulmira Maria A. e. col. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.131p.

JORGE, Alzira O A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo 2002. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, [2002]. Disponível em<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-02062004-165118/publico/doutorado.pdf>> Acesso em: 20 mai. 2007.

KAMADA, I; ROCHA, SMM. As expectativas dos pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTIN. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.phpscript=csi_arttext&pid=50080-62342006000300013> Acesso em: 10 dez. 2008.

KRAUSS-SILVA Leticia. Avaliação tecnológica em saúde: questões metodológicas e operacionais. *Cad de Saúde pública*. 2004; vol 20, Sup 2: p. 199-207.

LEPARGNEUR, Humbert. **Consciência, corpo e mente**. São Paulo: Papirus Editora, 1994.

MALIK, Ana Maria. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

MARQUES GQ, LIMA MAD SILVA. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2008; vol.42, n.1. p. 41-47.

MERHY, Emersom Elias. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**. In: Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. Brasília, 2004. 108-137p.

MERHY, Emersom Elias e. col. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento. In. **O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2003. p. 161-198.

MERHY, Emersom Elias e. col. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In. **O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2003. p. 15-54.

MERHY, Emersom Elias e. col. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo um trabalho em saúde. In. **Agir em saúde, um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1997,

p.113-150.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Abrasco, 2001.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; Lopes, J.M.A.; CARVALHO, M. O recém-nascido de alto risco Teoria e prática do cuidar. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2004.

MORGAN, David L. **Focus groups as qualitative research**. London. Sage Publications, 1988.

MORIN, Edgar. **Sociologia do micros social ao macroplanetário** – revisada e aumentada pelo autor. Lisboa: Publicações Europa-América; 1998. p.351.

NORONHA MF, PORTELA MC, LEBRÃO ML. Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares. Cad. Saúde Pública. 2004. vol. 20, supl. 2. p. S242-S255.

OLIVEIRA, Rosana Beatriz G; LOPES Thaís A; VIEIRA, Cláudia S; COLLET, Neusa. O Processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v.15. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tc/v15nsp/v15nspa12.pdf> > Acesso em: 15 out. 2008.

ONOKO, Rosana; AMARAL Márcia. Cândido Ferreira: experimentando uma mudança institucional. In: _____. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1997. 353-385p.

PEREIRA, Maurício G. **Epidemiologia: teórica e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 269-304p.

RIBEIRO EMPD, BLANK VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad. Saúde. 2004. v. 20, n 2. p. 438-446.

RIMOLI, Joseli. Análise de uma intervenção pedagógica. In: _____. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo. Editora Hucitec/Abrasco, 2004. cap7, 205-206p.

SCOCHI, Carmem Gracinda S. **A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem**. 2000. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Escola de enfermagem, USP. Ribeirão Preto, [2000]. Disponível em: < <https://nexus.ufscar.br/nexus/PlanosConsultaL.jspDisciplina=137413&Turma=J&Ano=2005&Semestre=2> > Acesso em: 20 set. 2008.

TOMA Tereza S. Método mãe canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.233-242. 2003. Disponível em: < <http://www.doaj.org/abstract?id=29836> > Acesso em 23 out. 2008.

TONINI T. Enfermeira Instituída/Instituinte: a subjetividade das estratégias de cuidar (tese). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2006.

VUORI, Harri A qualidade da saúde. Divulgação em saúde para debate. **Caderno de ciência e tecnologia**. Paraná: Cebes, 1991.v.3, n.1, 15-24p.

WITKOSKI, Antônio Carlos. Da permanência de Marx: o trabalho como fundamento da condição humana na sociedade contemporânea. **Rev. Tempo Ciência**, 2000. Jul-Dez, cap.7, p.11-34. Disponível em: <http://www.scilo.php?pid=s0104-07072006000500012&script=sci_arttext> Acesso em 01 nov. 2008.

Apêndice 1

✓Descrição do caso 1 em sua internação no Hospital Y

O primeiro caso estudado envolveu 64 dias de internação e permitiu a identificação de 25 ruídos através da análise da trajetória-sentinela.

Recém-nato de A.E.S., gemelar, nascido em 4/02/2008, de parto normal, com idade gestacional de 28 semanas (escala de Ballard) e peso de 1.080 gramas. Apresentou Apgar de 6/7, no 1º. e 5º. minutos respectivamente. A mãe da criança reside em Araruama e deu entrada na instituição com sangramento há dois meses, oligodrâmnia e placenta prévia.

Ao nascer, o recém-nato apresentou cianose central sendo feito aquecimento, aspiração de vias aéreas e ventilação com pressão positiva com máscara, sem melhora, sendo encaminhado a UTIN; foi admitido pela equipe de enfermagem e pela equipe médica seguindo os seguintes acontecimentos descritos cronologicamente:

Em 04/02/2008, RN de A.E.S., foi admitido na UTI, proveniente do Centro Obstétrico, com quadro de desconforto respiratório grave sendo entubado com tubo orotraqueal (TOT) 2,5 e colocado em prótese ventilatória com fio² de 100%. Não houve melhora do quadro, sendo feito R.X. de tórax e diagnosticado síndrome da membrana hialina. Feito 1ª dose de surfactante pela equipe médica, assim como canalização de veia umbilical arterial (coleta de exames) e venosa, gasometria arterial, Proteína C Reativa (PCR) e hemocultura.

Realizada admissão pela equipe de enfermagem, em incubadora aquecida, monitorização cardíaca e oximetria de pulso, pesagem e medidas (perímetro cefálico, perímetro torácico, perímetro abdominal e estatura), administrado Vitamina K e realizada credeização. Criança mantida em acesso venoso periférico; realizado sondagem orogástrica (SOG). Não foi realizada vacina para hepatite B devido ao baixo peso da criança. A evolução é realizada pela equipe de enfermagem na folha destinada ao balanço hídrico e não há o carimbo do profissional responsável pelo procedimento.

O recém-nato não apresenta melhora do quadro respiratório, sendo substituído o TOT nº 2,5 por nº 3. Realizada a 2ª dose de surfactante e aumentado os parâmetros do ventilador, com melhora do quadro.

Em 5/02/2008, a criança mantém o desconforto respiratório. Realizada 3ª dose de surfactante, com melhora do quadro e diminuição dos parâmetros ventilatórios. O recém-nato apresentou enterorragia, sangramento gástrico e pulmonar, sendo administrada 2ª dose de Vitamina K, com melhora do sangramento. Criança mantida em dieta zero e SOG aberta. Iniciada nutrição parenteral total (NPT). A equipe de enfermagem evolui e não carimba.

Em 6/02/2008, devido à melhora do quadro respiratório, o recém-nato é extubado eletivamente e colocado em CPAP nasal ciclado com fio² 40%. A equipe de enfermagem ao manusear o RN, retirou acidentalmente o cateter umbilical arterial, o que dificultou a coleta de exames para monitorização gasométrica; concomitante houve retirada do cateter umbilical venoso, que fez com houvesse instalação precoce do PICC. RN apresentou aumento da bilirrubina sérica (Bb 8,0) sendo instalado pela equipe de enfermagem fototerapia focal (bilispot) dupla com proteção ocular. A equipe de enfermagem evolui, mas não carimba o registro. RN apresentou hipoglicemia (Dextrostix de 48 mg/dl) e perda de peso (perda de 60 gramas), havendo aumento da Taxa de Ingestão de Glicose (TIG) e da taxa hídrica (TH). Retornou a enterorragia e RG castanho, sendo mantida conduta expectante.

Em 7/02/2008, RN inicia com dieta trófica, mas não tem boa aceitação deixando Resíduo Gástrico (RG) castanho, sendo suspensa dieta e instalado pela equipe de enfermagem SOG aberta. A equipe de enfermagem registra a intercorrência, no entanto não anota o resíduo gástrico no balanço hídrico, o que faz com que a equipe médica, por não ler a evolução de equipe de enfermagem, não identifique a presença de resíduo gástrico castanho em sua evolução. A equipe de enfermagem evolui no BH, mas não carimba; não coloca o número do prontuário na identificação do balanço do RN. A equipe médica prescreve e não assina.

Em 8/02/2008, houve melhora do quadro respiratório, sendo suspenso CPAP nasal e instalado pela equipe de enfermagem oxihood com fio² de 30%. Procedimento evoluído pela equipe de enfermagem, sem ser assinado e carimbado. Na identificação do balanço hídrico não consta nome completo e número do prontuário.

Em 9/02/2008, Iniciou com dieta com boa aceitação e coletado dosagem sérica de bilirrubina (Bb 4,0), sendo instalado foto única com proteção ocular. RN apresentou distermia (temperatura axilar de 37,7°C), sendo diminuída temperatura da incubadora com melhora do quadro. Equipe de enfermagem evolui e não assina a prescrição. Equipe médica não carimba e não assina a prescrição.

Em 10/02/2008, há melhora do quadro respiratório (suspenso oxigenoterapia, mantendo-se em ar ambiente) e da dosagem sérica de bilirrubina (Bb 3,2, suspenso fototerapia). No plantão noturno, RN apresenta cianose, retornando ao oxihood a 30%. A equipe de enfermagem evolui no BH, mas não carimba. Não foi coletado o teste do pezinho por falta do filtro de coleta (relato na evolução médica). No prontuário encontrava-se afixado um balanço hídrico de um homônimo.

Em 11/02/2008, RN encontra-se há 4 dias sem evacuar (conduta?). A equipe de enfermagem evolui, mas não carimba. Verifica-se preenchimento incompleto da folha de balanço hídrico (nome incompleto da mãe).

Em 12/02/2008, RN continua sem evacuar, não sendo identificado um plano de cuidados médico ou de enfermagem que aborde tal necessidade.

Em 13/02/2008, RN sem evacuar a 6 dias; com oxigenoterapia; com monília oral e perineal; com secreção ocular amarelada e com distermia (temperatura axilar de 38°C). As condutas instauradas pela equipe de enfermagem: coleta de swab ocular e iniciado lavagem ocular com soro fisiológico; Para a monília oral e perineal iniciou-se, respectivamente, Nistatina oral e creme, sendo que a pomada não estava prescrita pela equipe médica, sendo feita pela equipe de enfermagem mesmo assim. O não evacuar não é valorizado pelas equipes médica e de enfermagem; não sendo traçado um plano de cuidados. Em relação à distermia diminuiu-se a temperatura da incubadora (não há relato quanto à zona termoneutra). A equipe de enfermagem evolui no balanço hídrico, mas não assina e não carimba. O balanço hídrico apresenta-se incompleto nas informações do cabeçalho, tais como nome e número do prontuário. Ainda não foi coletado o teste do pezinho por falta do papel filtro; não foi encontrado nenhum relato de contato com outros setores/serviços para resolução do problema.

Em 14/02/2008, RN apresentando uso de oxigenoterapia; mantendo monília oral e perineal; secreção ocular amarelada e hipoglicemia (glicemia de 48 mg/dl). As condutas foram mantidas; para a hipoglicemia foi aumentado o volume da dieta oferecida na prescrição pela equipe médica, com melhora do quadro. Início de prescrição de Nistatina creme pela equipe médica. Falta o papel filtro para coletar o teste do pezinho – D4; não há relatos de contato com o serviço de laboratório. A equipe de enfermagem evolui, mas não carimba.

Em 15/02/2008, RN mantendo condutas. A equipe de enfermagem evolui e não carimba a evolução. D5 sem colher o teste do pezinho.

Em 16/02/2008, RN apresentou distermia (temperatura axilar de 37,9°C) sendo diminuída a temperatura da incubadora pelos membros da equipe de enfermagem. D6 sem colher o teste do pezinho; não foi encontrado nenhum relato de contato com o serviço de laboratório. Enfermagem evolui e não carimba.

Em 17/02/2008, RN apresentou cianose, desconforto respiratório e apnéias, sendo colocado em CPAP nasal com fio² 30% e rastreado para infecção (Proteína C Reativa, hemocultura, hemograma e punção lombar). D6 sem colher o teste do pezinho. A equipe de enfermagem evolui, mas não carimba. Não há relatos sobre as apnéias. Há na unidade o formulário *mapa de apnéia*, no entanto este não está fixado no prontuário.

Em 18/02/2008, Diagnosticado infecção hospitalar (Proteína C Reativa aumentada, hemograma com leucocitose, urinocultura positiva - agente etiológico não identificado, hemocultura negativa); retornou com acesso venoso periférico e iniciou com antibioticoterapia (Vancomicina e Cefotaxima). Iniciou com fisioterapia respiratória-F1. O fisioterapeuta evolui e indica condutas, mas não há indicativos no registro médico e da equipe de enfermagem que tais recomendações/condutas sejam atendidas. D7 sem colher o teste do pezinho. Foi encontrado fixado ao prontuário o balanço hídrico do outro gemelar. Cabeçalhos incompletos e evolução de enfermagem sem carimbo.

Em 19/02/2008, RN não está ganhando peso satisfatoriamente, sendo prescrito pela equipe médica leite humano alternado com Pré-Nan. O serviço de nutrição foi comunicado pela equipe de enfermagem, mas não enviou a dieta conforme prescrição. RN mantém monília oral e perineal e, oxigenoterapia por CPAP nasal. Condutas mantidas. A equipe de enfermagem evolui, mas não carimba, apraza a prescrição e também não carimba.

Em 20/02/2008, a nutrição continua não enviando a dieta conforme prescrição; a equipe de enfermagem não relata nada sobre esta situação. RN com condutas mantidas. A equipe de enfermagem continua evoluindo sem carimbar, inclusive no aprazamento da prescrição.

Em 21/02/2008, D3 de alteração da dieta devido ao ganho de peso insatisfatório e o serviço de Nutrição não envia o leite conforme prescrição. Não foi encontrado nenhum registro pela equipe médica e de enfermagem quanto a contatos realizados com o serviço de Nutrição. RN mantendo condutas. Colhido teste do pezinho, depois de 12 dias sem o filtro.

Em 22/02/2008, D4 que o serviço de Nutrição não envia dieta conforme prescrição (sem registro sobre o fato). Foi contatado pela equipe de enfermagem o Serviço Social, pois a mãe não vem visitar o RN. Segundo o Serviço Social, mãe contatada e orientada sobre como conseguir via prefeitura de Araruama o traslado até a instituição. Continua faltando carimbo da equipe de enfermagem na evolução e no aprazamento da prescrição. RN com condutas mantidas. Apesar de estar prescrito Nistatina oral e perineal, não há nenhum relato pela equipe de enfermagem e médica sobre a evolução da doença (monitoração do problema?).

Em 23/02/2008, D5 que o serviço de Nutrição não envia dieta conforme prescrito; não foi encontrado nenhum registro de algum tipo de contato realizado. RN apresentou distermias (temperatura axilar de 35,5°C e 37,5°C, em períodos distintos) sendo aumentada e diminuída a temperatura da incubadora (não há referência do uso da zona termoneutra). A equipe de enfermagem evolui e apraza a prescrição sem carimbar.

Em 24/02/2008, RN mantendo distermias sem ser referido o uso da zona termoneutra. Mantendo condutas. Após 5 dias, este é o primeiro dia em que o serviço de Nutrição envia a dieta conforme a prescrição. A equipe de enfermagem evolui no BH e apraza a prescrição sem carimbar.

Em 25/02/2008, RN mantendo distermias (temperatura axilar de 38°C), não há relato de enfermagem sobre o problema e nenhuma referência em relação à zona neutra. A equipe de enfermagem evolui no BH, apraza a prescrição sem carimbar.

Em 26/02/2008, RN mantendo distermias (temperatura axilar de 37,5°C), não há relato de enfermagem sobre o problema e nenhuma referência em relação a zona termoneutra. A equipe de enfermagem evolui no BH e apraza a prescrição sem carimbar. RN apresentando anemia (hematócrito de 26), iniciada complementação de ferro oral. Suspenso posteriormente pela rotina médica, pois seria um início precoce (risco de retinopatia). Suspenso Nistatina oral e perineal, sem nenhum relato sobre resolução do problema.

Em 27/02/2008, RN mantendo distermias (temperatura axilar de 37,8°C), não há relato da equipe médica e de enfermagem sobre o problema e nenhuma referência em relação à zona termoneutra. Suspensa antibioticoterapia. A equipe de enfermagem evolui e apraza a prescrição sem carimbar.

Em 28/02/2008, RN mantendo distermias (temperatura axilar de 35,8°C e 37,8°C); após 6 dias de distermias houve o primeiro relato pela equipe de enfermagem sobre a zona termoneutra adequada e, valorização do problema pela equipe médica que realizou rastreamento infeccioso (HMC, PCR e HMG). A equipe de enfermagem evolui e apraza a prescrição sem carimbar.

Em 29/02/2008, RN mantendo condutas. A equipe de enfermagem evolui e não assina e nem carimba; apraza a prescrição e também não carimba. No cabeçalho do balanço hídrico falta o número do prontuário e a identificação do nome está incompleta.

Em 1/03/2008, RN apresenta anemia (HTC 26). Condutas mantidas. A equipe de enfermagem evolui e não assina e nem carimba; apraza a prescrição e também não carimba. No cabeçalho do balanço hídrico falta o número do prontuário e o nome está incompleto.

Em 2/03/2008, RN apresenta anemia (HTC 26). Condutas mantidas. A equipe de enfermagem evolui e não assina e nem carimba; apraza a prescrição e também não carimba.

Em 3/03/2008, RN apresenta anemia (HTC 26), início hoje de reposição de ferro oral. Condutas mantidas. A equipe de enfermagem apraza a prescrição e não carimba. Falta o balanço hídrico da data correspondente.

Em 4/03/2008, suspensa oxigenoterapia. Condutas mantidas. A equipe de enfermagem evolui e não carimba. No cabeçalho do balanço hídrico falta o preenchimento do número do prontuário e o nome está incompleto.

Nos dia 5/03/2008 e 6/03/2008 condutas mantidas. A equipe de enfermagem evolui e não carimba nestes dias.

Em 7/03/2008, condutas mantidas.

Em 8/03/2008, condutas mantidas. A equipe de enfermagem evolui e não carimba.

Em 9/03/2008, condutas mantidas. A equipe de enfermagem evolui e apraza a prescrição e não carimba.. No cabeçalho do balanço hídrico falta o preenchimento do número do prontuário e o nome está incompleto.

Em 10/03/2008, RN apresenta monília perineal com início de Nistatina creme; anemia com aumento da dose de ferro oral e distermia (temperatura axilar de 37,5°C). A equipe de enfermagem evolui e não carimba.

Nos dia 11/03/2008, condutas mantidas. A equipe de enfermagem evolui e não carimba.

Em 12/03/2008, condutas mantidas. A equipe de enfermagem evolui e não carimba. Foi identificado relato de enfermagem que o bebê recebeu visita da mãe.

Em 13/03/2008, condutas mantidas. A equipe de enfermagem evolui e não carimba. Há dois balanços com data do dia 13/03 (um deles é do dia 12/03?). Iniciou com fisioterapia motora - F2 (Fisioterapia evolui e indica condutas; não há indicativos no registro médico e da equipe de enfermagem que tais recomendações/condutas sejam atendidas).

Em 14/03/2008, condutas mantidas. A equipe de enfermagem evolui e não carimba. Falta o balanço hídrico da data correspondente.

Em 15/03/2008, condutas mantidas. A equipe de enfermagem evolui e não carimba. Há dois balanços hídricos datados de 15/03, mas com o cabeçalho encontra-se sem o preenchimento do número do prontuário e com o nome incompleto (um deles é do dia 14/03?).

Em 16/03/2008, condutas mantidas.

Em 17/03/2008, condutas mantidas. A equipe de enfermagem evolui e não carimba. Suspenso o uso de Nistatina creme, sendo relatada a resolução deste problema pela equipe médica.

Em 18/03/2008, condutas mantidas. A equipe de enfermagem evolui e não carimba. Inicia-se a administração da dieta por sucção, sendo solicitado parecer da fonoaudióloga. Fonoaudióloga evolui e indica condutas; não há indicativos no registro médico e da equipe de enfermagem que tais recomendações/condutas sejam atendidas.

Em 19/03/2008, Condutas mantidas. A equipe de enfermagem evolui e não assina e nem carimba.

Em 20/03/2008, Condutas mantidas. A equipe de enfermagem evolui e não carimba. Transferido para o berçário intermediário (subunidade da UTI Neonatal, cuja rotina é realizada por outros profissionais médicos, mas a enfermagem é a mesma).

Em 21/03/2008, condutas mantidas. A equipe de enfermagem evolui e não carimba.

Em 22/03/2008, condutas mantidas. A equipe de enfermagem apraza a prescrição e não carimba.

Em 23/03/2008, diagnosticado hérnia inguinal; aguarda parecer da CIPE (cirurgia pediátrica). RN apresentou um episódio de vômito que foi evoluído pela equipe de enfermagem; equipe médica não relata ciência do acontecimento.

Em 24/03/2008, condutas mantidas. A equipe de enfermagem evolui e não carimba. O cabeçalho do balanço hídrico encontra-se sem o número do prontuário.

Em 25/03/2008, condutas mantidas. A equipe de enfermagem evolui e não carimba. RN realizou prova de função pulmonar, sendo diagnosticado: complacência pulmonar diminuída e resistência pulmonar discretamente aumentada (broncodisplasia). Evolução médica refere hérnia umbilical e hérnia inguinal à esquerda. Aguarda parecer da CIPE (D₁).

Em 26/03/2008, condutas mantidas. A equipe de enfermagem evolui e não carimba. RN realizou exame de fundo de olho, sendo diagnosticado: retinopatia grau II em zona II (conduta redução da dose de ferro oral). Aguardando contato da CIPE (D₂); apresentou um episódio de vômito (conduta expectante).

Em 27/03/2008, condutas mantidas. A equipe de enfermagem evolui, não carimba e nem assina. RN realizou exame transfontanela, sendo diagnosticada hemorragia grau I em absorção à esquerda. RN continua com dificuldade de sucção, sendo estimulado pela

fonoaudiologia. Aguardando contato da CIPE (D₃)

Em 28/03/2008, condutas mantidas. Aguardando contato da CIPE (D₄).

Em 29/03/2008, condutas mantidas. RN apresentou distermia (temperatura axilar de 37°C) sendo diminuída temperatura da incubadora; mantendo dificuldade de sucção. A nutrição envia a dieta errada e a equipe de enfermagem administra (foi feito NAN ao invés do Pré-Nan). Aguardando contato da CIPE (D₅).

Em 30/03/2008, condutas mantidas. RN apresentou distermia (temperatura axilar de 37,3°C) sendo diminuída temperatura da incubadora; mantendo dificuldade de sucção; apresentou 1 episódio de vômito (a equipe de enfermagem eleva a cabeceira do berço). A equipe de enfermagem evolui as intercorrências do RN, mas a equipe médica não relata. Aguardando contato da CIPE (D₆).

Em 31/03/2008, RN hipocorado (anemia? HTC?), apresentou cianose, taquidispnéia e dificuldade de sucção. Conduta de enfermagem: avisou ao médico plantonista às intercorrências e manteve a cabeceira elevada. Conduta médica expectante. Aguardando contato da CIPE (D₇).

Em 1/04/2008, RN hipocorado, com dermatite amoniacal e dificuldade de sucção; aguarda parecer da cirurgia (há 8 dias). A equipe de enfermagem evolui, mas não carimba; já a equipe médica não assina e nem carimba a prescrição.

Em 2/04/2008, RN hipocorado, com dermatite amoniacal e dificuldade de sucção; Presença da cirurgia pediátrica, sendo marcada a intervenção para 04/04/2008. Mãe autorizou a cirurgia de hérnia inguinal. Colhido exames pré-operatórios. A equipe de enfermagem evolui, mas não carimba; já a equipe médica não assina e nem carimba a prescrição.

Em 3/04/2008, RN hipocorado (HMT 25), transfundido com concentrado de hemácias e administrado dose de vitamina K (conduta pré-operatória). Iniciará jejum a partir das 3 horas da manhã. Apresentou um episódio de distermia (temperatura axilar de 37,5°C) e encontra-se em berço comum. Mantém dermatite amoniacal e dificuldade de sucção, com queda de saturação durante as mamadas. Condutas mantidas. A equipe médica não assina e nem carimba a prescrição.

Em 4/04/2008, RN em dieta zero. Realizou herniorrafia bilateral. No pós-operatório imediato apresentou hipotermia e queda de saturação, sendo instalado oxihood com fio₂ de 40% e aumentado a temperatura da incubadora. Mantém dermatite amoniacal e baixo débito urinário. A equipe de enfermagem evolui, mas não carimba; já a equipe médica não assina e nem carimba a prescrição.

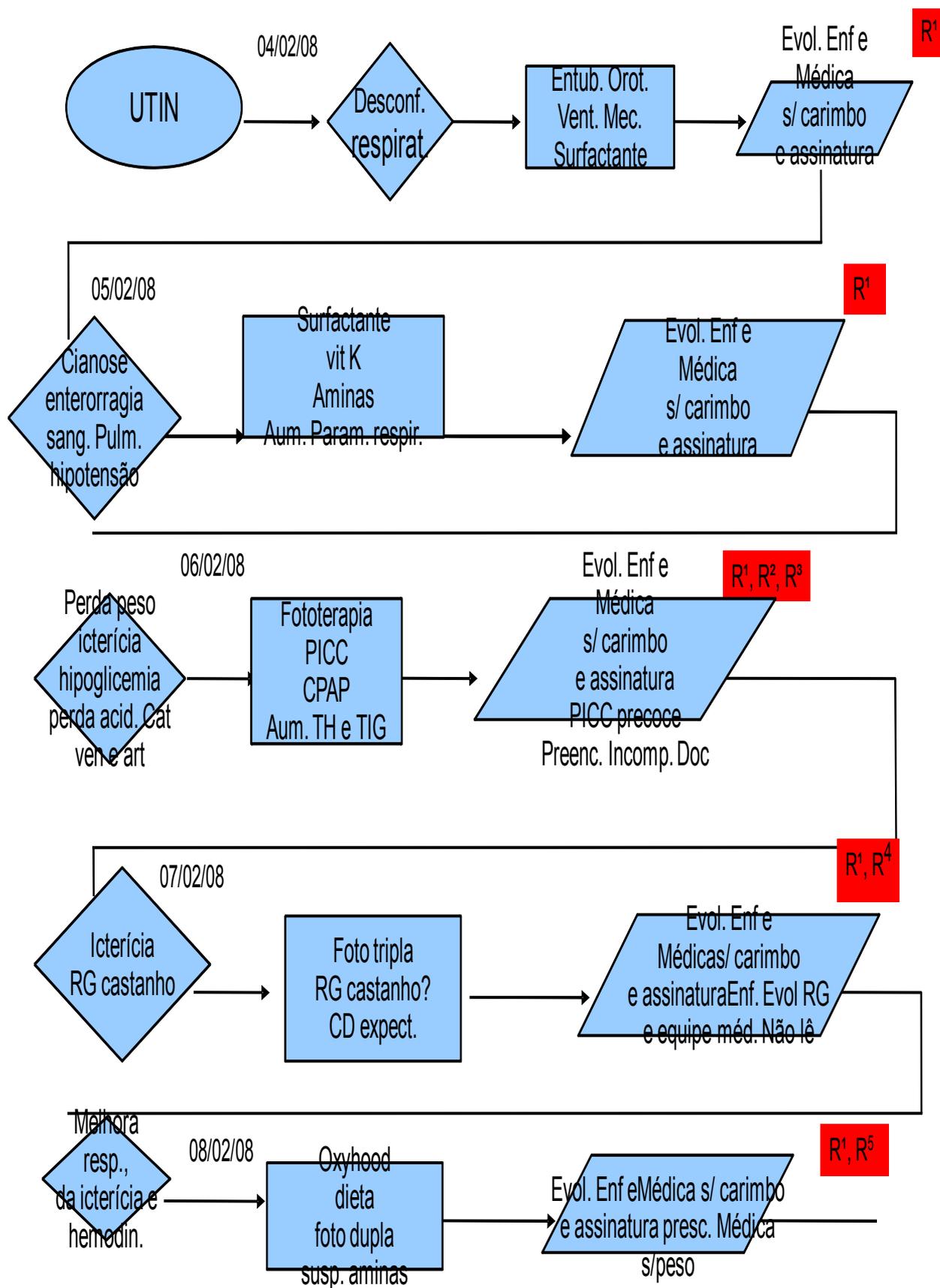
Em 5/04/2008, RN reiniciou com dieta por sucção, tendo regular aceitação; apresentando distermia (temperatura axilar 37,5°C), sendo colocado em berço comum. Suspensa hidratação venosa. Com edema em região inguinal, mas com curativo limpo e seco. A equipe de enfermagem evolui, mas não carimba; já a equipe médica não assina e nem carimba a prescrição.

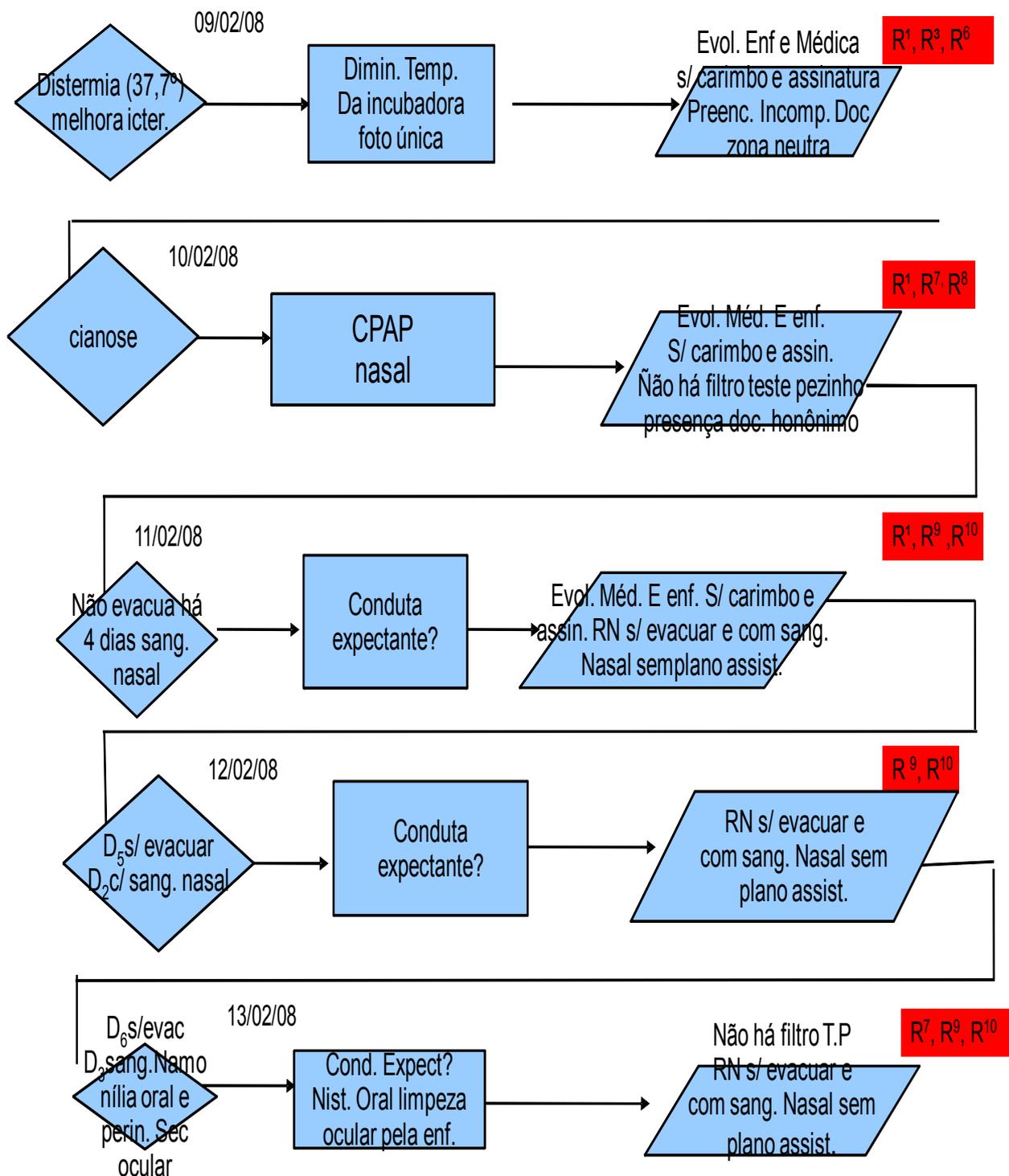
Em 6/04/2008, RN mantendo dieta plena, sendo retirado acesso venoso periférico. Condutas mantidas.

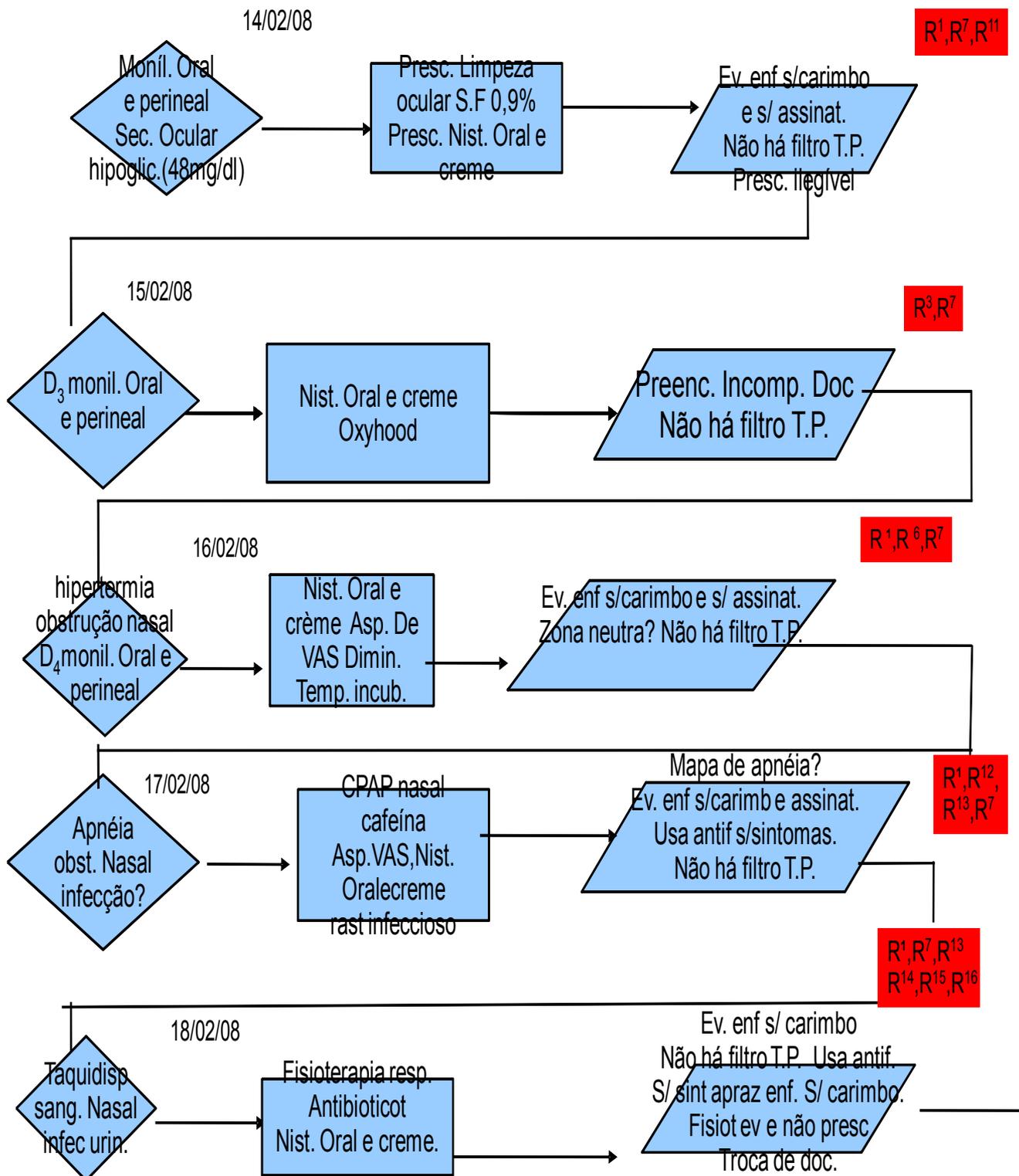
Em 7/04/2008, RN apresentando grande quantidade de secreção em Vias Aéreas Superiores (VAS), sendo instilado soro fisiológico (SF) e aspirado para a retirada de secreção. Alta hospitalar; mãe contatada pelo Serviço Social, e relatou que virá amanhã buscá-lo. A equipe de enfermagem evolui, mas não carimba; já a equipe médica não assina e nem carimba a prescrição.

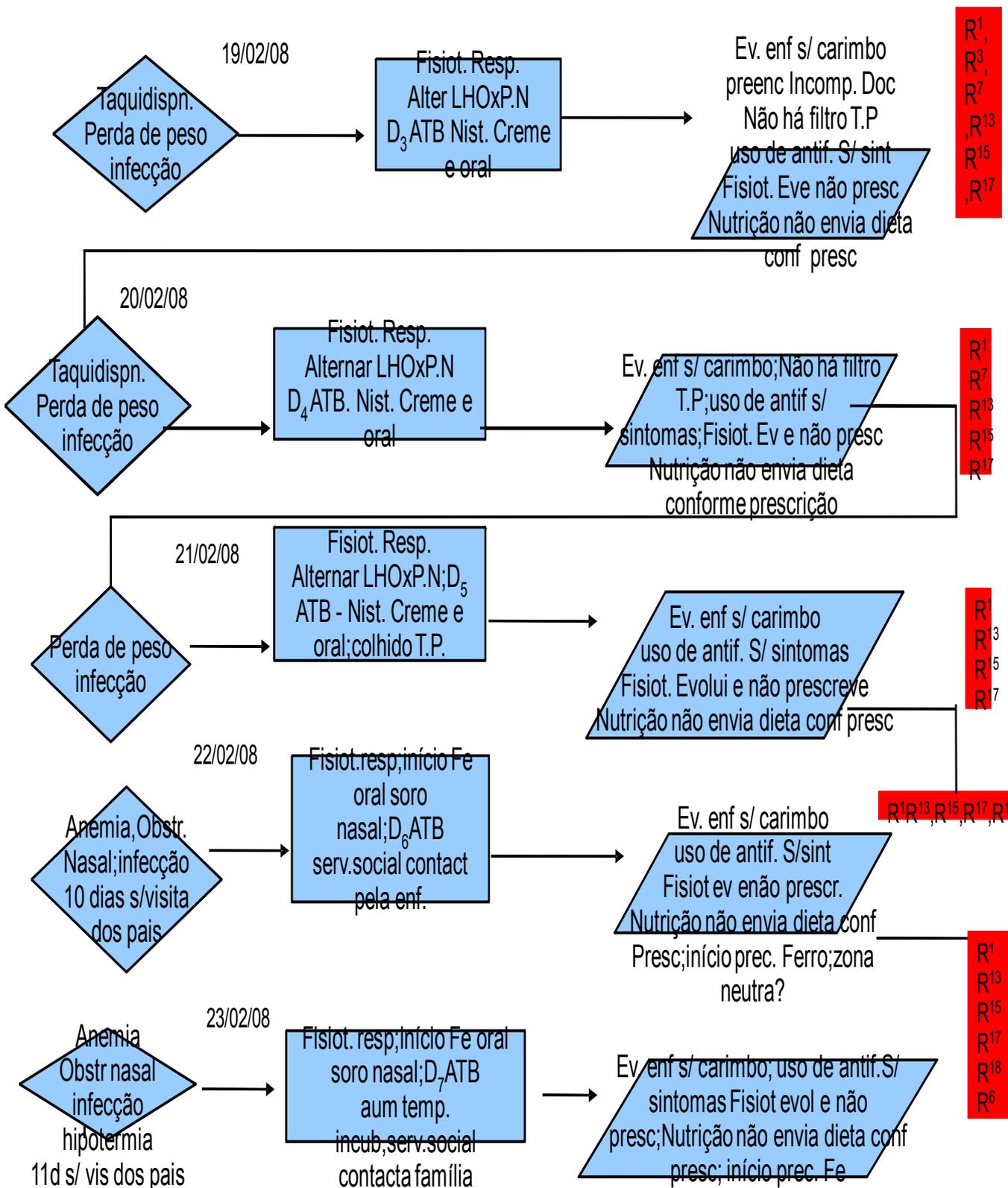
Em 8/04/2008, RN sai de alta hospitalar em companhia dos pais. Ainda mantém secreção em VAS, sendo a mãe orientada para a instilação de soro fisiológico. Mãe com prescrição de alta e encaminhamentos necessários para puericultura e acompanhamento na instituição.

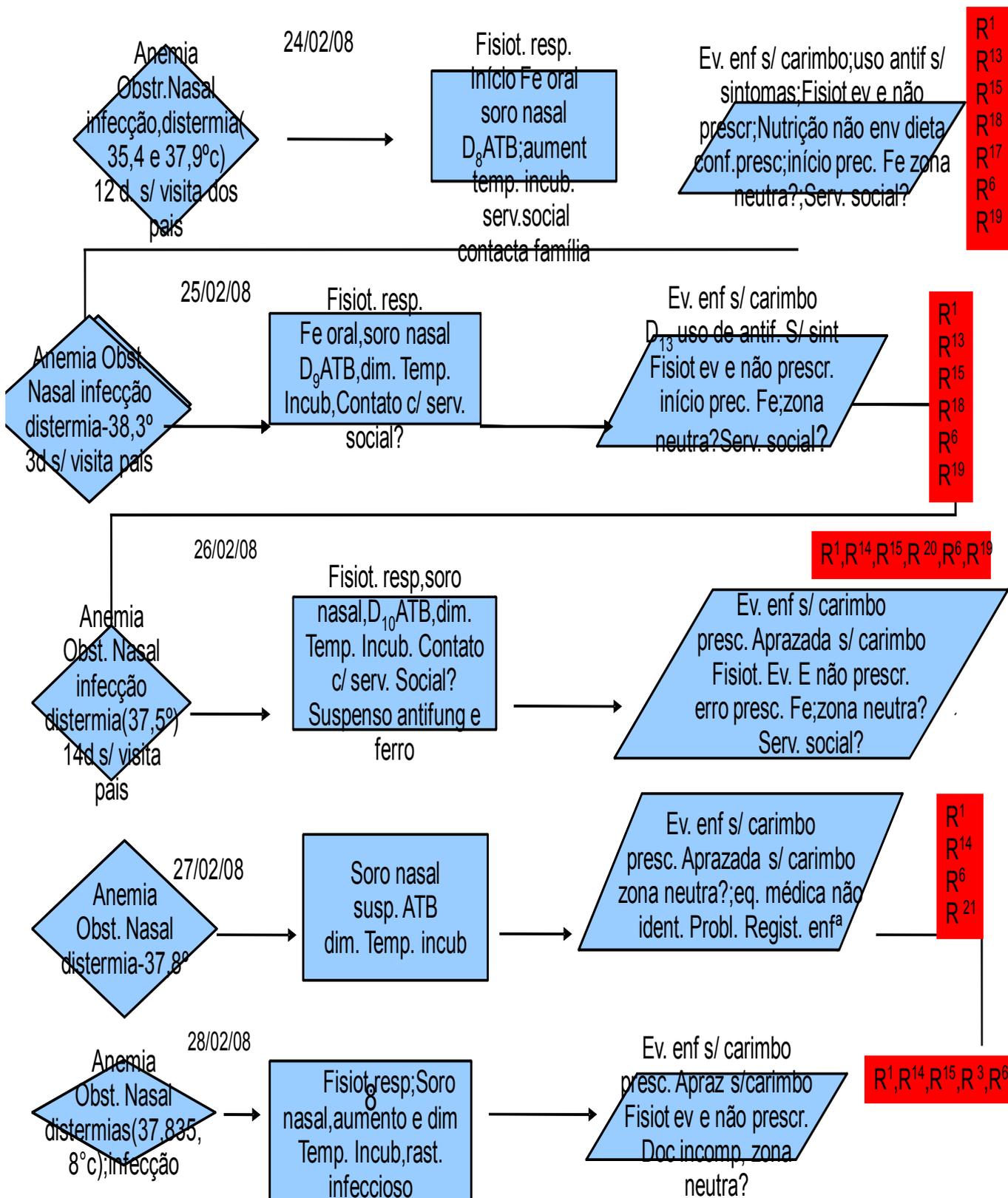
✓**Fluxograma da internação - caso 1**

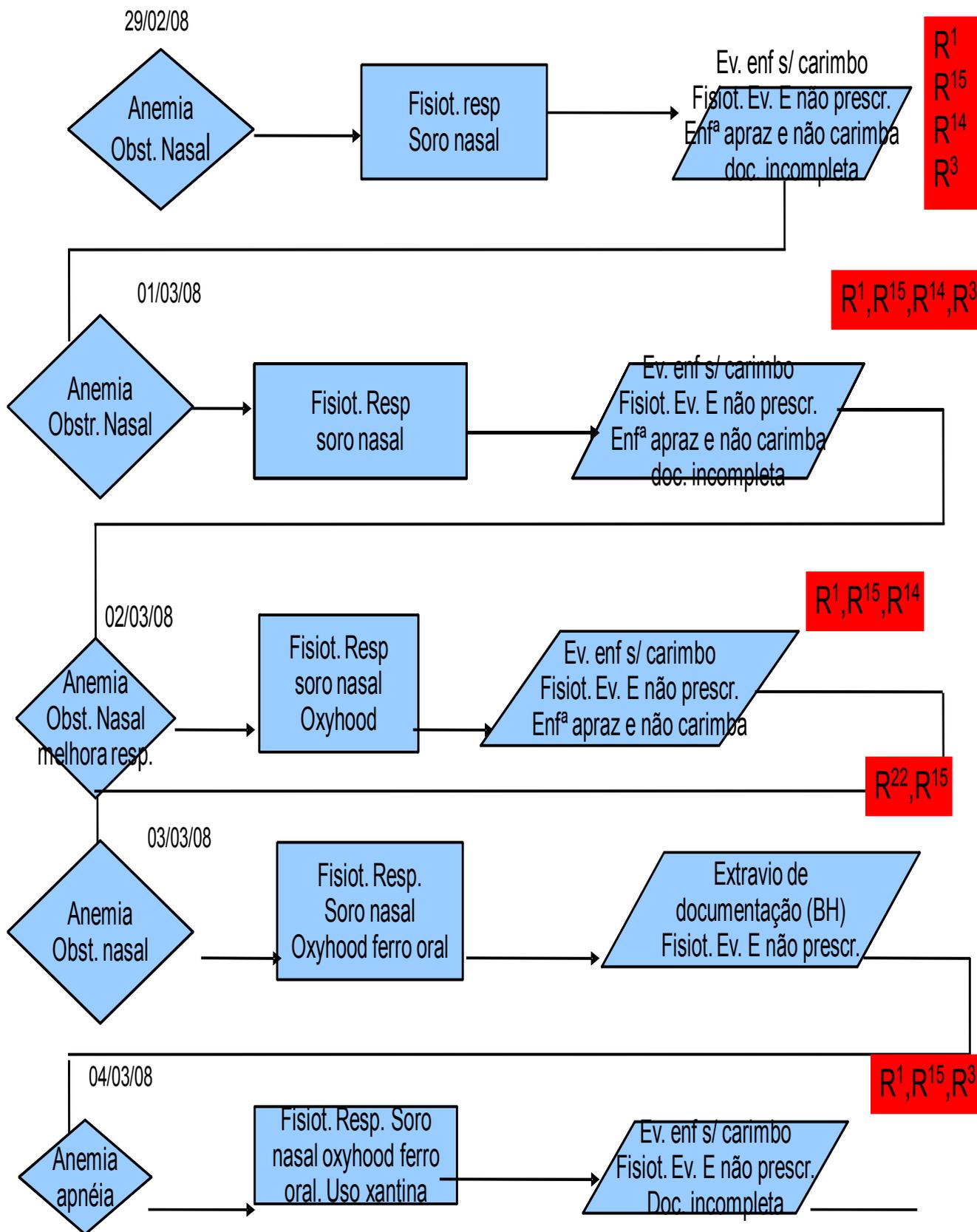


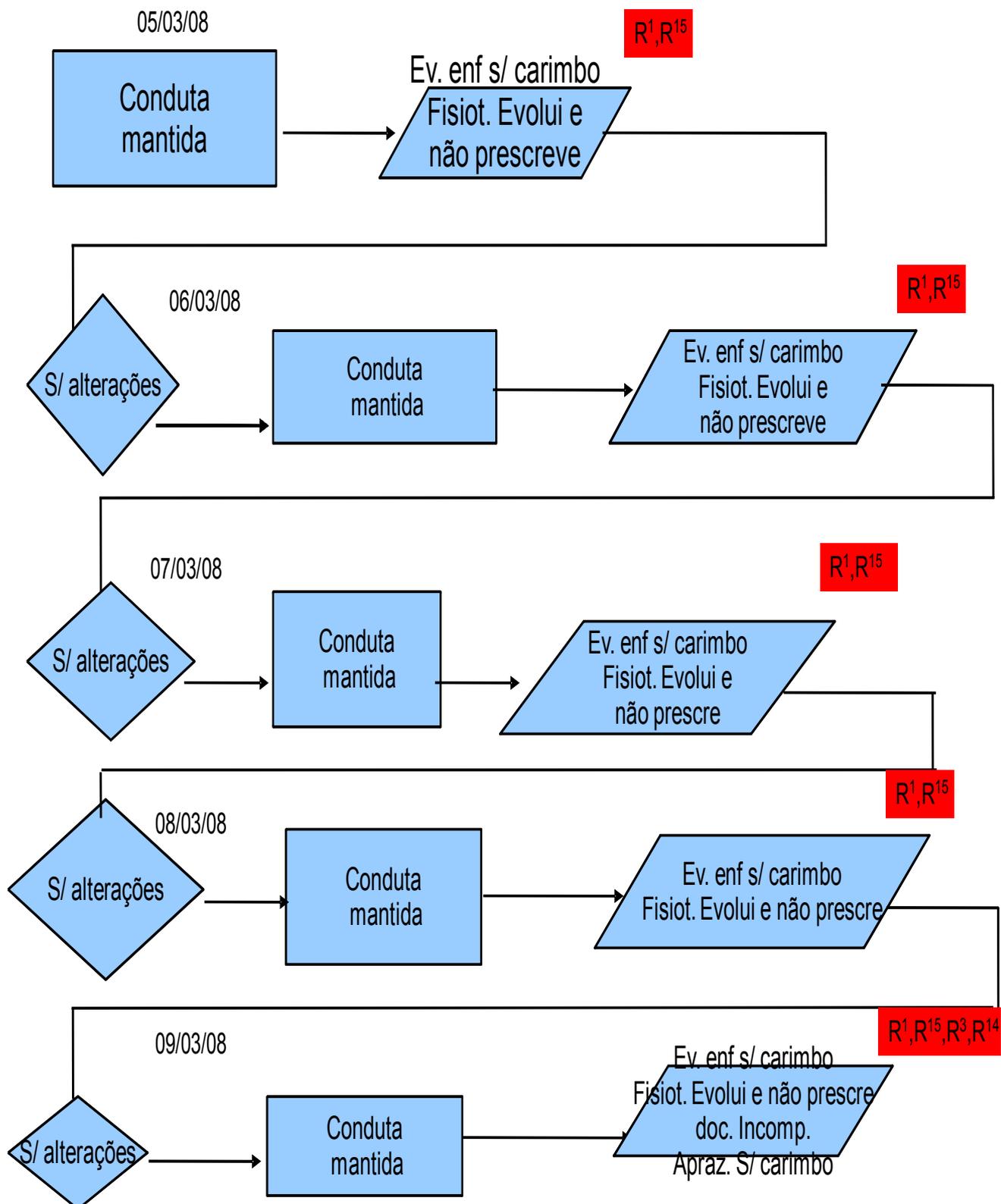


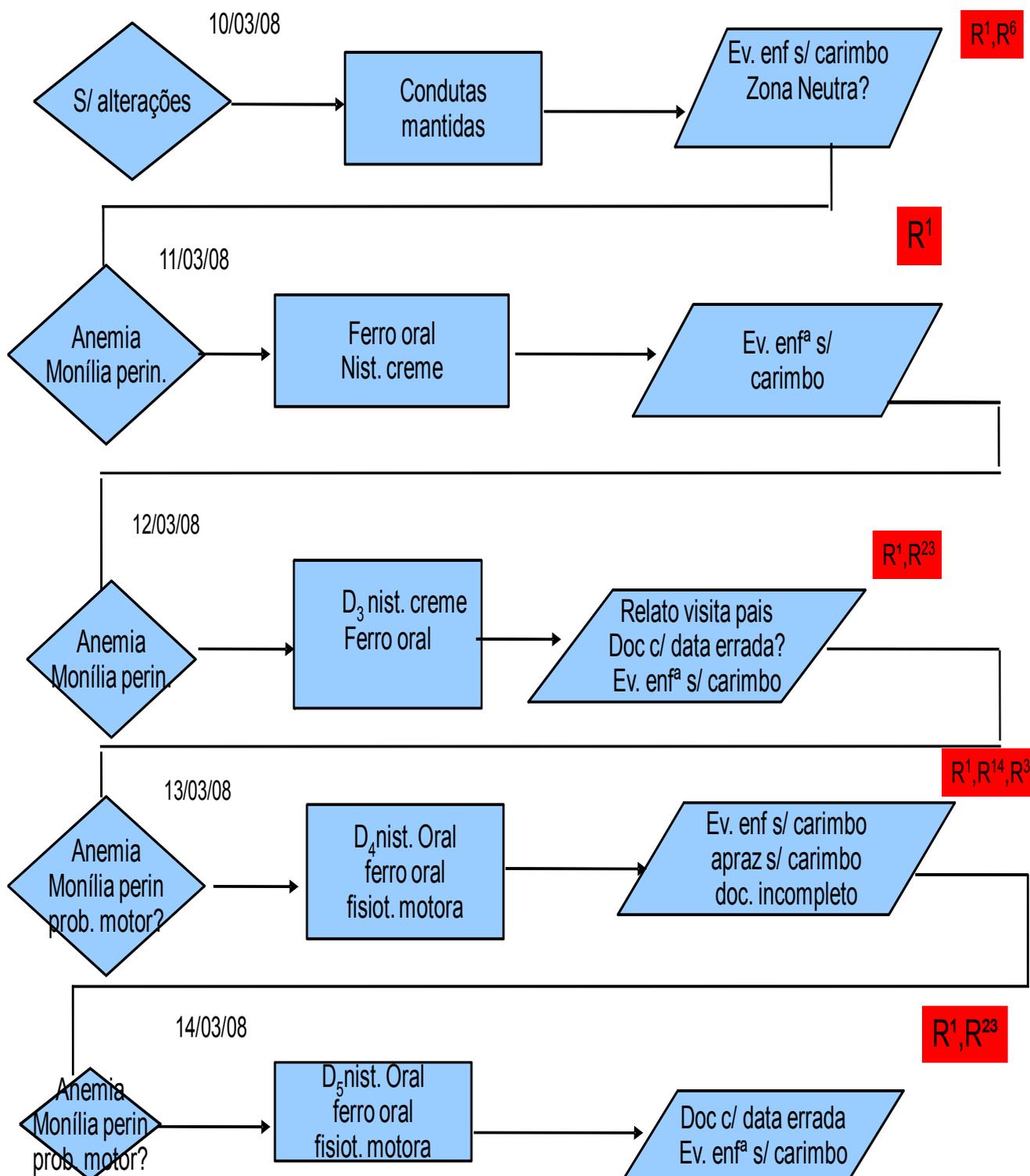


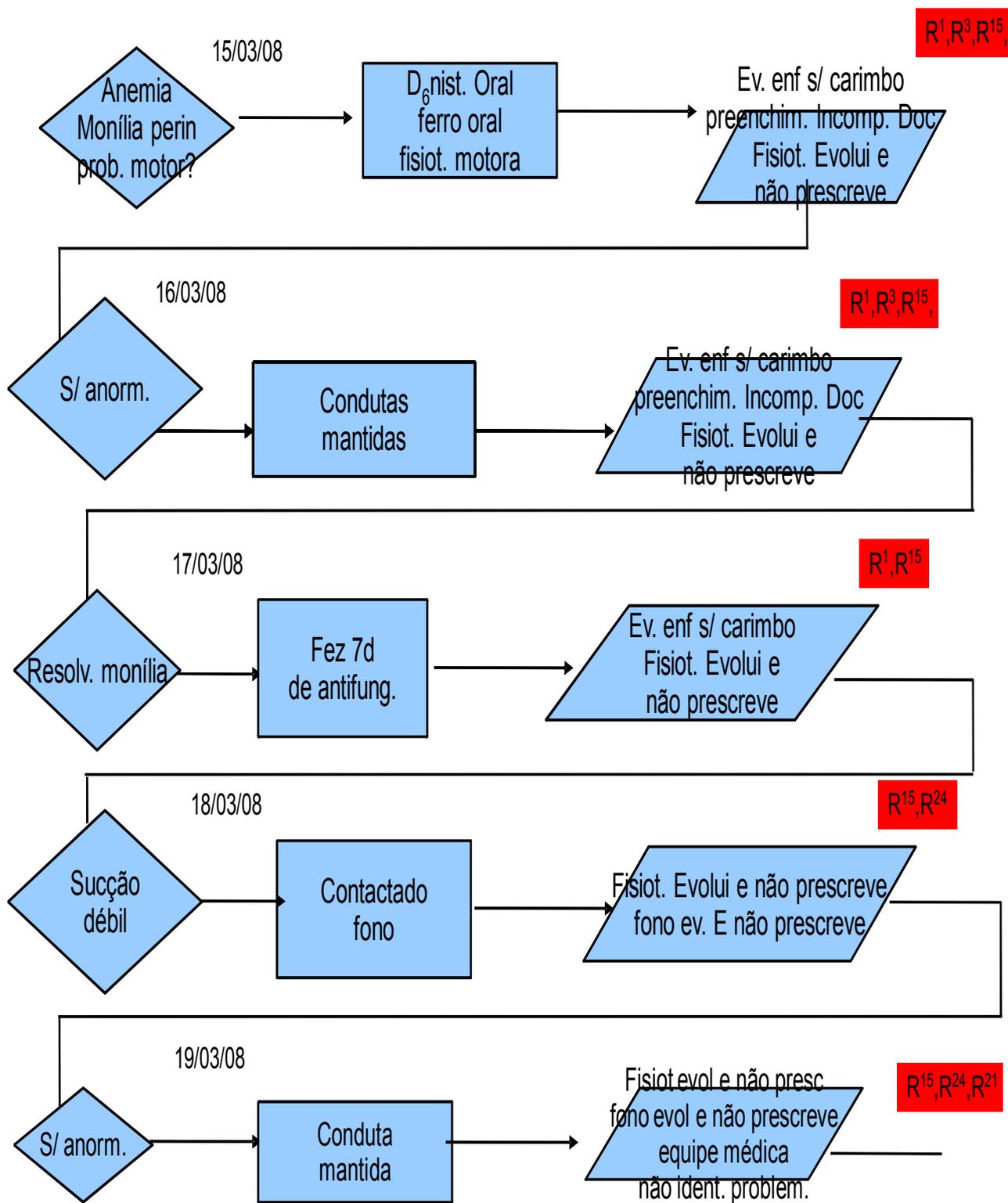


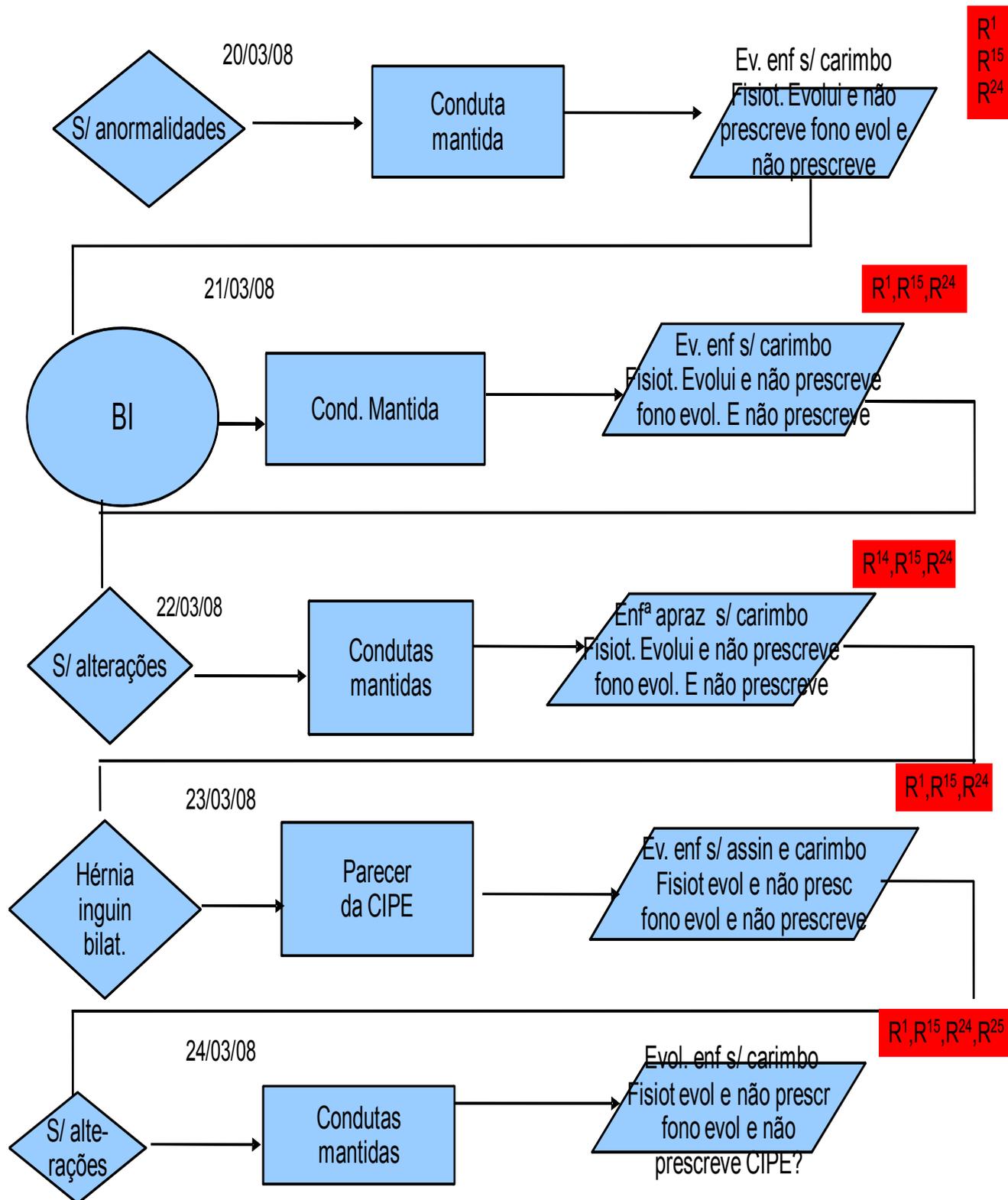


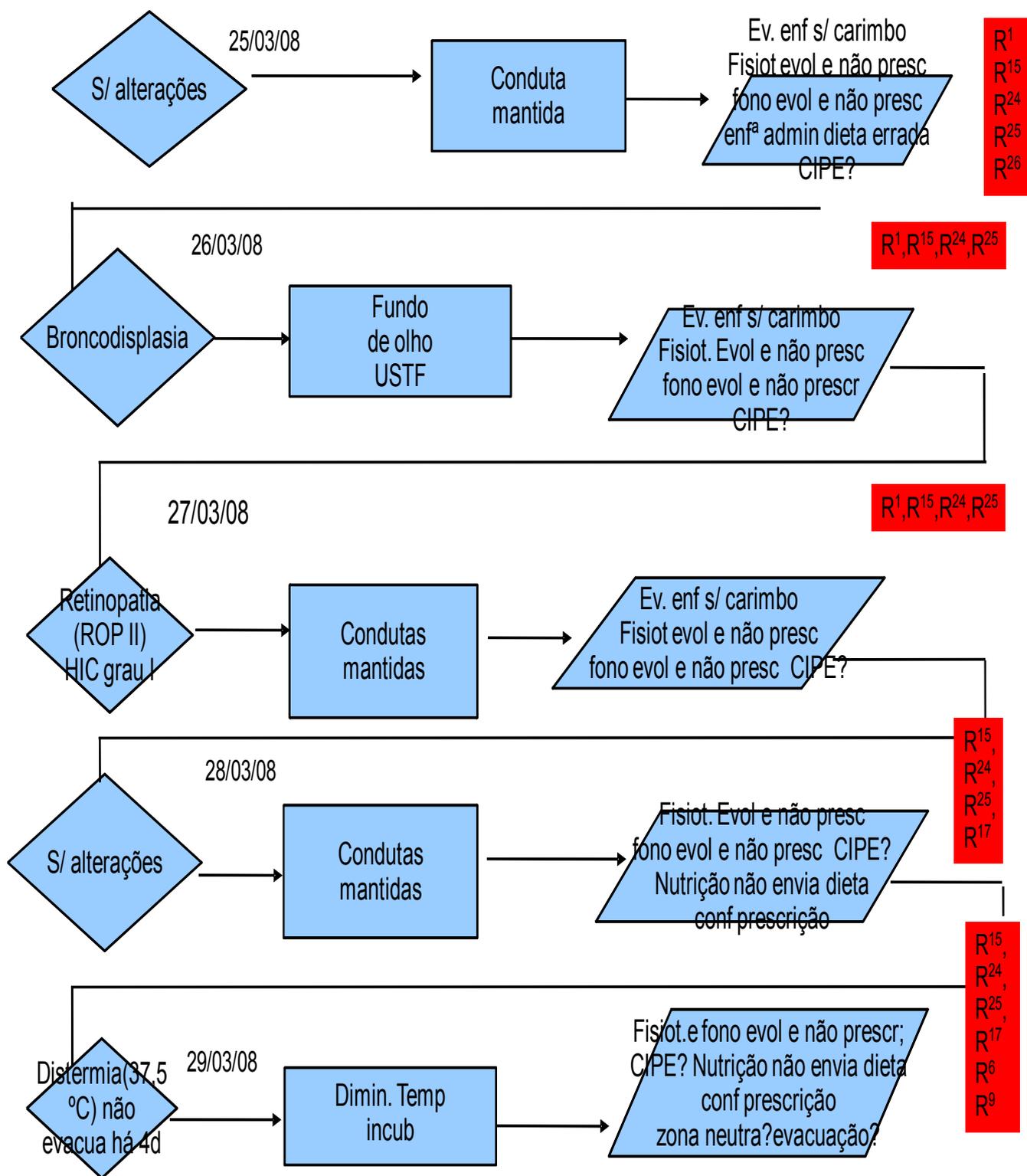


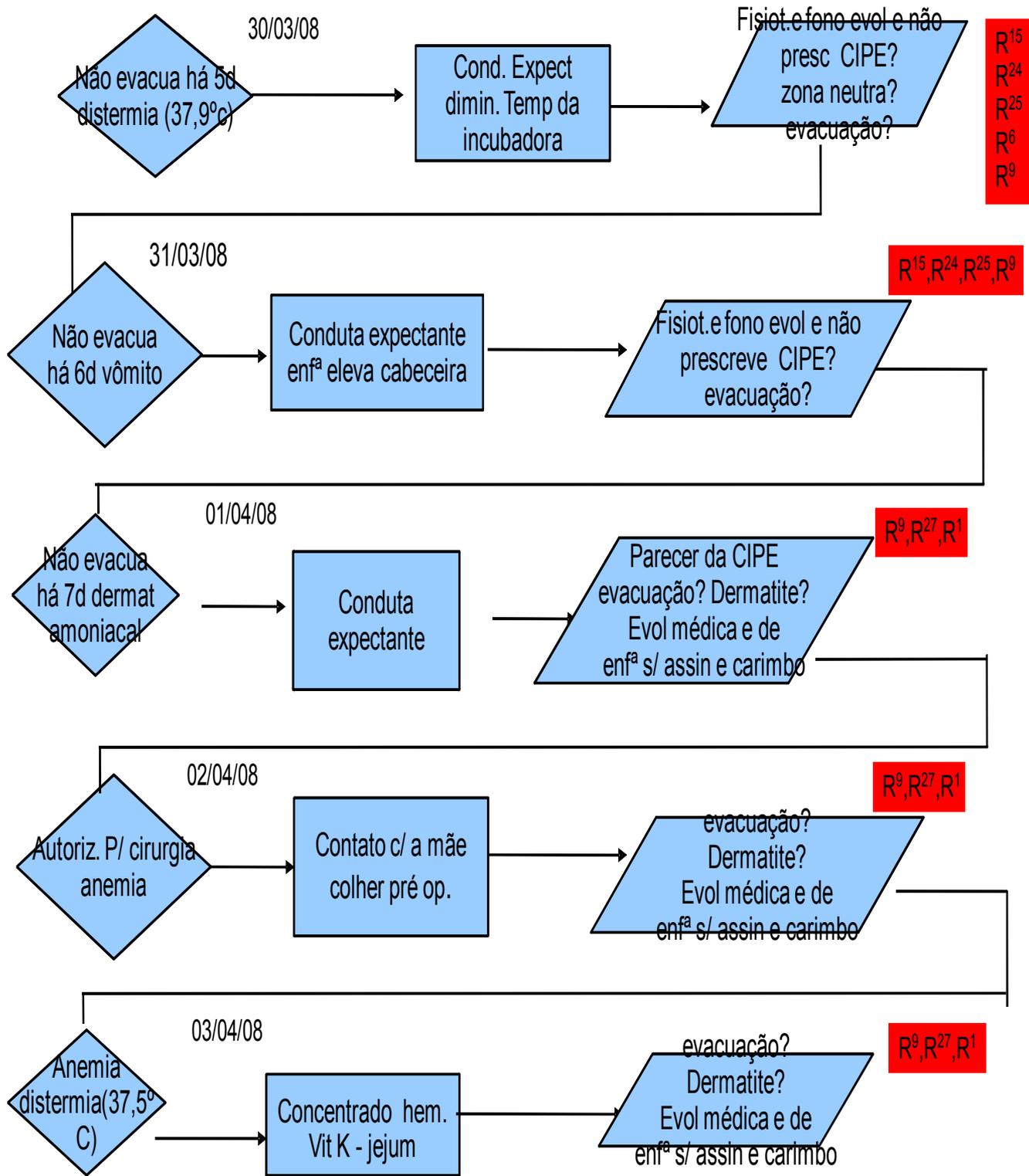


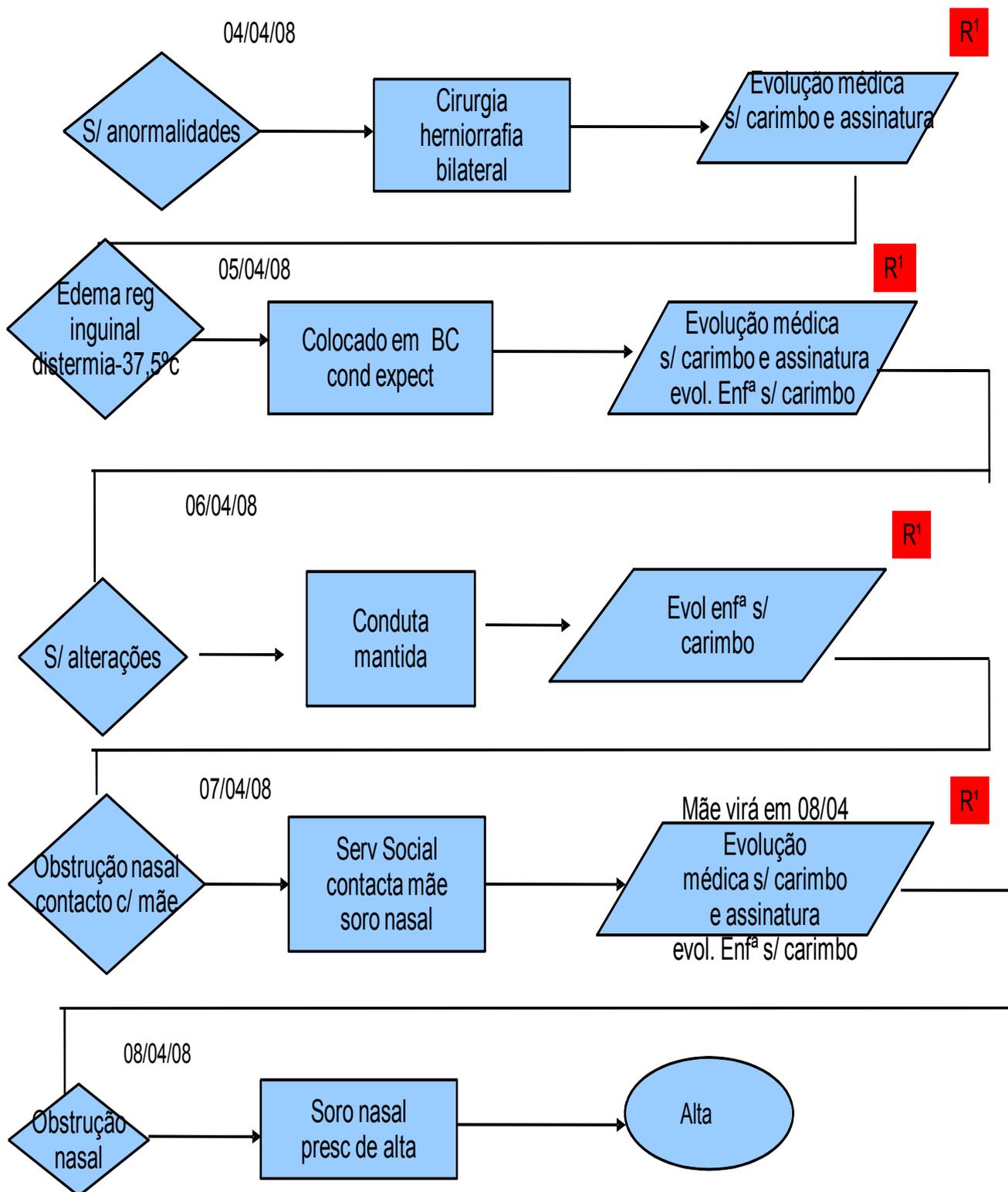












Apêndice 2

✓Descrição do caso 2 em sua internação no Hospital Y

Estudo de Caso 2 (105 dias de internação)

O segundo estudo de caso foi selecionado com o intuito de se lançar um segundo olhar sobre o processo de trabalho na UTIN, averiguando a existência de pontos de interseção.

O caso em questão é referente a 105 dias de internação e foram detectados 21 ruídos na trajetória-sentinelas que iremos descrever a seguir:

RN de L.A.S, deu entrada na instituição no dia 20/01/2007 às 24:00 horas com diagnóstico de contrações (ameaça de parto prematuro). Fez pré-natal na instituição, sendo feito anteriormente cerclagem por apresentar incompetência uterina. Foi internada e realizada tocolise. Seu bebê nasceu em 23/1/2007, de parto normal, com Apgar de 7/8, peso de 740 gramas e idade gestacional de 26 semanas e 6 dias (Ballard). O RN foi reanimado na sala de parto, sendo necessária secagem, aquecimento, aspiração de VAS e entubação orotraqueal; sendo encaminhada à UTIN.

Na UTIN foi admitida pela equipe médica e de enfermagem, sendo colocada em uma unidade de calor irradiante. No transporte da sala de parto para UTIN extubou-se, sendo reentubada, Feito canalização venosa e arterial. Surfactante exógeno e coleta de sangue para gasometria, hemograma e hematócrito pela equipe médica. Já a enfermagem instalou SOG aberta, glicemia capilar, medições e pesagem. Foi realizado RX de tórax e abdome, sendo diagnosticada Membrana Hialina. Os exames de sangue não apresentaram anormalidades. Apresentou hipotermia sendo colocada em incubadora aquecida com umidificação do ar e aumentada a temperatura do ar. Mais tarde foi evidenciado hipertermia, sendo diminuída a temperatura do ar, sem ocorrer nenhuma referência quanto à zona térmica neutra ideal. A evolução de enfermagem não possuía carimbo.

Em 24/01/2007 apresentou hiperbilirrubinemia sendo colocada fototerapia dupla com proteção ocular (Bb 6,3); sendo mantida as condutas.

Em 25/01/2007 apresentou melhora do quadro respiratório, sendo extubada e colocada em CPAP nasal, sem êxito. Apresentou atelectasia em todo hemitórax direito, sendo reentubada. Feito ecocardiograma sendo detectado PCA moderado, iniciando Furosemida endovenoso e indometacina (fez 3 doses de indometacina). Mantém dieta zero sendo feito NPT. Apresentou: hipoglicemia sendo aumentado TIG da HV e hipotermia, sendo aumentada temperatura da incubadora (zona neutra?).

Evolução médica sem assinatura e sem carimbo; já evolução de enfermagem sem carimbo.

Em 26/01/2007 apresenta hiperbilirrubinemia (Bb 6,2) sendo iniciado fototerapia tripla com proteção ocular. As demais condutas são mantidas. Evolução de enfermagem sem carimbo.

Em 27/01/2007 apresentou poliúria sendo suspenso Furosemida. Verificou-se melhora da hiperbilirrubinemia (Bb 4,6) sendo colocada em fototerapia dupla. Apresentou:

hipertermia, sendo diminuída a temperatura da incubadora (zona neutra?) e hipotensão, sendo feito plasma, Dopamina e Dobutamina com melhora do quadro. A evolução de enfermagem encontra-se sem carimbo.

Em 28/01/2007 encontra-se anêmica (HMT 27), sendo transfundidas com concentrado de hemácias e suspensas amins. Apresentou hipertermia sendo diminuída a temperatura da incubadora (zona neutra?). Evolução de enfermagem sem carimbo.

Em 29/01/2007 Retirado cateter umbilical arterial e venoso e instalado PICC em basilica direita. Suspenso fototerapia (Bb 3,7). Início de dieta trófica e feito ecocardiograma com presença de PCA pequeno sem repercussão hemodinâmica. RN apresentou hipotermia, sendo aumentada a temperatura do ar da incubadora (Zona neutra?).

Em 30/01/2007 Início de dieta trófica. RN apresentando distermia, hipoatividade, piora na perfusão periférica, abdome distendido, arroxeadado e sem peristalse; questiona-se infecção, sendo suspensa dieta; coletado exames de sangue como hemograma, hemocultura e PCR e feito troca de antibioticoterapia (início de Vancomicina e Cefotaxima sódica). Presença de pulsos finos, baixo débito urinário e acidose metabólica, sendo feito etapa rápida de ringuer e iniciado com Dopamina e Dobutamina. HMT de 20%, sendo transfundido com concentrado de hemácias e com plaquetas de 69.000, administrado concentrado de plaquetas. Temperatura axilar de 37°C, sendo diminuída a temperatura da incubadora (Zona neutra). A hipertermia não foi identificada no período transfusional.

Em 31/01/2007 Mantendo dieta zero; suspeita de Enterocolite Necrotizante, sendo iniciado Metronidazol. Foi contatado a CIPE, que realizou lavagem peritoneal e instalou dreno de penrose. Com NPT somente com aminoácidos (soro lipêmico). Plaquetas de 30.000; administrado plaquetas de 12/12 horas. Devido ao baixo débito urinário iniciou com bomba diurética (Aminofilina + Furosemida). HTC de 23%, sendo transfundida com concentrado de hemácias; com hiperpotassemia (K-7,2), iniciando com glicoinulina e fazendo controle rigoroso de glicemia. Houve piora do padrão respiratório, com aumento dos parâmetros ventilatórios e, da acidose metabólica, sendo feito reposição de bicarbonato de sódio venoso. Instalado sonda vesical de demora devido à anúria. A enfermagem evolui, mas não assina e nem carimba. Há dois balanços hídricos datados de 30/01/2007(aonde se encontra o de 31/01/2007?).

Em 1/02/2007 RN encontra-se gravíssimo mantendo todas as drogas já relatadas anteriormente. Feito RX de tórax verifica-se aumento da área cardíaca, congestão pulmonar e atelectasia sendo trocado o TOT. Ausculta cardíaca com sopro (PCA?). Apresentou hipoglicemia (Dxt – 23mg/dl) sendo suspenso glicoinulina e aumentado a TIG da HV. A enfermagem evolui e não assina e não carimba.

Em 2/02/2007 mantendo gravidade do quadro anteriormente relatado. Apresentando alterações na glicemia sendo aumentado e diminuído a TIG de acordo com a necessidade. Suspenso glicoinulina. Melhorou o débito urinário, sendo suspensa Aminofilina e mantendo Furosemida. Drenando secreção sanguinolenta no dreno de penrose. Evolução de enfermagem sem carimbo. Apresentou obstrução do PICC, sendo desobstruído pela enfermeira.

Em 3/02/2007 mantendo a gravidade e condutas. Apresenta hipertermia sendo diminuída a temperatura da incubadora (zona neutra?). Feito RX de tórax com melhora da atelectasia, sendo diminuídos parâmetros ventilatórios. Foi diagnosticado que a piora clínica foi devido ao trauma decorrente da retirada de cateter umbilical, com sangramento peritoneal causado por lesão no processo de retirada do cateter. Evolução de enfermagem sem carimbo.

Em 4/02/2007 mantendo gravidade do quadro e condutas. Evolução de enfermagem sem carimbo.

Em 5/02/2007 mantendo gravidade do quadro e condutas. Evolução de enfermagem sem carimbo e, evolução médica sem assinatura e carimbo. RN apresentou hipertermia sendo diminuída temperatura da incubadora (zona neutra?). Prescrição médica sem data.

Em 6/02/2007 apresentou melhora do quadro geral, sendo retirado dreno de penrose abdominal, suspenso aminas e analgesia e, retirado sonda vesical de demora. A enfermagem apraza a prescrição e evolui e não carimba.

Em 7/02/2007 RN apresenta saída de fezes pela cavidade abdominal, sendo acionada a CIPE, que solicita RX de abdome que não sugere pneumoperitônio; assim mantém conduta expectante e início de Fluconazol. Enfermagem evolui e não carimba. Preenchimento incompleto do BALANÇO HÍDRICO (não possui o número do prontuário).

Em 8/02/2007 RN recebe visita da CIPE que mantém conduta expectante e suspende Fluconazol. Apresenta anemia (HMT 22%), sendo transfundida com concentrado de hemácias e, hipertermia sendo diminuída a temperatura da incubadora (zona neutra?). Foi encontrado no prontuário, com a assinatura de uma enfermeira, escrito: avaliação pelo controle de infecção (o que consiste? Em 105 dias somente foi encontrado 1 vez essa anotação). A enfermagem evolui no balanço hídrico, mas não carimba.

Em 9/02/2007 RN mantendo o quadro e condutas. Realizada técnica mãe canguru (D₁), que teve duração de 2h30min, sendo inclusive aspirado TOT durante o procedimento. Foi verificada a temperatura axilar no início da técnica e ao final. Ao térmico, o RN apresentava-se hipotérmico sendo colocada em incubadora aquecida e verificada a temperatura axilar 5 horas após. A equipe de enfermagem evolui e não carimba. Há preenchimento incompleto do balanço hídrico (falta número do prontuário).

Em 10/02/2007 RN encontra-se poliúrico, sendo suspensa Furosemida. Parecer da CIPE quanto à presença de fezes na cavidade abdominal: fístula enterocutânea? Perfuração intestinal resolvida; interrogado se é mecônio residual? Solicitação de avaliação do trânsito intestinal. Evolução de enfermagem em balanço hídrico sem carimbo. Há preenchimento incompleto do balanço hídrico (falta número do prontuário).

Em 11/02/2007 diagnosticado PCA moderado com retorno de furosemida. Evolução de enfermagem em balanço hídrico sem carimbo. Há preenchimento incompleto do balanço hídrico (falta número do prontuário).

Em 12/02/2007 RN com peso de 620 gramas, mantendo condutas. Realizado técnica mãe canguru (D₂), que teve duração de 2horas e 30min (uso de TOT). Foi verificada a temperatura axilar no início da técnica e ao final; Ao térmico o RN apresentava-se hipotérmico sendo colocada em incubadora aquecida e verificada a temperatura axilar 6 horas após. Realizado ultrassom transfontanela sendo diagnosticado HIC bilateral grau I. Evolução da equipe de enfermagem em balanço hídrico sem carimbo.

Em 13/02/2007 mantendo condutas. Realizado técnica mãe canguru (D₃), que teve duração de 2h30min (uso de TOT). Foi verificada a temperatura axilar no início da técnica e ao final. Ao térmico o RN apresentava-se hipotérmico sendo colocada em incubadora aquecida e verificada a temperatura axilar 6 horas após. Peso do RN: 650 gramas e glicemia de 77 mg/dl. Preenchimento incompleto do balanço hídrico (não possui o número do prontuário). Enfermagem evolui no balanço hídrico, mas não carimba

Em 14/02/2007 RN mantendo condutas. Suspensa antibioticoterapia após 14 dias de Vancomicina e Cefotaxima sódica. Apresentando anemia (HMT 23%), sendo transfundido com concentrado de hemácias e, PCA moderado, questiona-se a correção cirúrgica do PCA. Realizado técnica mãe canguru (D₄). Foi verificada a temperatura axilar no início da técnica e

ao final; Ao térmico o RN apresentava-se hipotérmico sendo colocada em incubadora aquecida e verificada a Temperatura axilar 4 horas após. RN com perda de peso (10 gramas) e com glicemia de 90 mg/dl. Realizado controle de PA (18,5 cm). HTC de 35% pós transfusão.

Em 15/02/2007 RN mantendo condutas. Reinício de antibioticoterapia profilática (Vancomicina e Cefotaxima sódica). Preparo para cirurgia de PCA (coleta de sangue para gasometria, HMT e plaquetas). Com plaquetas de 116.000, mantendo plaquetas de 12/12 horas e feito vitamina K. Controle de PA (18,5 cm). Realizado técnica mãe canguru (D₅). Foi verificada a temperatura axilar somente no início da técnica. Ao térmico o RN foi colocado em incubadora aquecida e não foi verificada a Temperatura axilar após. Enfermagem evolui no balanço hídrico e não carimba.

Em 16/02/2007 RN submeteu-se a cirurgia de fechamento de canal arterial e retornou do centro cirúrgico hipotérmico, hipotenso e com dor; sendo iniciada Dopamina, Dobutamina e Fentanil. RN colocado em incubadora aquecida. Mais tarde apresentou hipertermia, sendo diminuída a temperatura da incubadora (zona neutra?). Prescrição médica sem data e sem identificação do paciente. Equipe de enfermagem evolui no balanço hídrico, mas não carimba.

Em 17/02/2007 condutas mantidas. RN apresenta hipertermia, sendo diminuída a temperatura da incubadora (zona neutra?). Enfermagem evolui no B, mas não carimba.

Em 18/02/2007 RN com melhora do quadro hemodinâmico, sendo suspensa Dopamina. Equipe de enfermagem evolui no balanço hídrico, mas não carimba.

Em 19/02/2007 condutas mantidas. Realizado técnica mãe canguru (D₆). Foi verificada a temperatura axilar no início e ao término da técnica. Ao térmico o RN encontrava-se hipotérmico sendo colocado em incubadora aquecida; após a identificação da hipotermia, a temperatura axilar somente foi checada 4 horas após. Prescrição médica sem data e identificação do paciente (falta número do prontuário).

Em 20/02/2007 condutas mantidas. Suspenso Fentanil. Evolução de enfermagem no BALANÇO HÍDRICO sem carimbo. Primeira evolução feita pela enfermeira no prontuário.

Em 21/02/2007 condutas mantidas. Apresentou hipertermia, sendo diminuída temperatura da incubadora (zona neutra?). Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo.

Em 22/02/2007 condutas mantidas. Início dieta por gavagem. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo.

Em 23/02/2007 condutas mantidas. Apresentou hipertermia, sendo diminuída temperatura da incubadora (zona neutra?). Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (falta o número do prontuário).

Em 24/02/2007 condutas mantidas. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (falta o número do prontuário). RN sem evacuar desde que nasceu (34 dias).

Em 25/02/2007 condutas mantidas. Progredindo volume da dieta. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (falta o número do prontuário).

Em 26/02/2007 condutas mantidas. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (falta o número do prontuário).

Em 27/02/2007 condutas mantidas. RN apresenta hipertermia, sendo diminuída a temperatura da incubadora (Zona neutra?). Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem

carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (falta o número do prontuário).

Em 28/02/2007 condutas mantidas. RN extubado eletivamente e colocado em CPAP nasal. RN apresenta hipertermia, sendo diminuída a temperatura da incubadora (Zona neutra?). Evolução de enfermagem no BH sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (falta o número do prontuário).

Em 1/03/2007 condutas mantidas. RN com anemia (HMT 23%), sendo transfundido com concentrado de hemácias. RN apresenta hipertermia, sendo diminuída a temperatura da incubadora (zona neutra?). Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do BH (falta o número do prontuário).

Em 2/03/2007 condutas mantidas. RN com anemia (HMT 23%), sendo transfundido com concentrado de hemácias. RN apresenta hipertermia, sendo diminuída a temperatura da incubadora (zona neutra?). Evolução de enfermagem no BH e aprazamento da prescrição sem carimbo.

Em 3/03/2007 condutas mantidas. RN apresenta hipertermia, sendo diminuída a temperatura da incubadora (zona neutra?). Retirado PICC. Evolução de enfermagem no BH sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (falta o número do prontuário).

Em 4/03/2007 condutas mantidas. RN apresenta hipertermia, sendo diminuída a temperatura da incubadora (zona neutra?). Presença de sangramento nasal; a enfermagem registra no balanço hídrico, mas equipe médica não identifica a anormalidade e não é traçado condutas. Aprazamento da prescrição sem carimbo.

Em 5/03/2007 condutas mantidas. Realizado técnica mãe canguru (D₇). Foi verificada a temperatura axilar no início e ao término da técnica. Ao término o RN encontrava-se hipotérmico sendo colocado em incubadora aquecida; após a identificação da hipotermia, a temperatura axilar somente foi checada 5 horas após. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo.

Em 6/03/2007 condutas mantidas. Início de eritropoetina. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo.

Em 7/03/2007 condutas mantidas. Feito RX de tórax sendo diagnosticado atelectasia à direita. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo.

Em 8/03/2007 condutas mantidas. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (falta o número do prontuário).

Em 9/03/2007 condutas mantidas. Melhora do quadro respiratório, sendo colocado em oxihood. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (falta o número do prontuário).

Em 10/03/2007 condutas mantidas. RN apresenta hipertermia, sendo diminuída a temperatura da incubadora (zona neutra?). Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (falta o número do prontuário).

Em 11/03/2007 condutas mantidas. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (falta o número do prontuário).

Em 12/03/2007 condutas mantidas. Fazendo uso de polivitamínico, vitamina E,

Sulfato Ferroso, Teofilina Evolução de enfermagem no BH sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (falta o número do prontuário).

Em 13/03/2007 condutas mantidas. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do BH (falta o número do prontuário).

Em 14/03/2007 condutas mantidas. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Evolução médica sem assinatura e sem carimbo.

Em 15/03/2007 condutas mantidas. RN apresenta hipertermia, sendo diminuída a temperatura da incubadora e posteriormente hipotermia, sendo aumentada a temperatura da incubadora (zona neutra?). Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (falta o número do prontuário).

Em 16/03/2007 condutas mantidas. RN apresentou piora do quadro respiratório; possuindo leite na cavidade oral, sendo aspirado VAS e elevado a cabeceira. Retornou ao CPAP nasal. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do BH (falta o número do prontuário).

Em 17/03/2007 condutas mantidas. RN em CPAP nasal. Apresentou distensão abdominal sendo feito estímulo com supositório de glicerina. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Evolução médica sem carimbo.

Em 18/03/2007 condutas mantidas. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo.

Em 19/03/2007 condutas mantidas. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Evolução médica sem carimbo.

Em 20/03/2007 condutas mantidas. RN apresenta hipertermia, sendo diminuída a temperatura da incubadora (zona neutra?). Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo.

Em 21/03/2007 condutas mantidas. Realizado técnica mãe canguru (D₇). Foi verificada a temperatura axilar no início e ao término da técnica. Ao término o RN encontrava-se hipotérmico sendo colocado em incubadora aquecida; após a identificação da hipotermia, a temperatura axilar somente foi checada 4 horas após. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo.

Em 22/03/2007 condutas mantidas. Realizado cirurgia de retinopexia (ROP grau II), sendo entubado e com dieta zero. Evolução médica sem carimbo e assinatura e, evolução de enfermagem sem carimbo. Preenchimento incompleto do balanço hídrico (falta o número do prontuário).

Em 23/03/2007 condutas mantidas. Coleta do teste do pezinho. Extubação por obstrução de TOT (acúmulo de secreção), sendo colocado em CPAP nasal. RN apresenta hipertermia, sendo diminuída a temperatura da incubadora (zona neutra?). Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do balanço hídrico (falta o número do prontuário).

Em 24/03/2007 suspenso HV e reinício de dieta por gavagem. RN não evacua há 10 dias, realizado estímulo com supositório de glicerina. Apresentou hipoglicemia com aumento do volume da dieta e melhora do quadro. RN apresenta hipertermia, sendo diminuída a temperatura da incubadora e posteriormente hipotermia, sendo aumentada a temperatura da incubadora (zona neutra?). Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (sem o número do prontuário).

Em 25/03/2007 condutas mantidas. Dieta plena. Evolução de enfermagem sem o

carimbo.

Em 26/03/2007 condutas mantidas. Evolução de enfermagem sem o carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (sem o número do prontuário).

Em 27/03/2007 condutas mantidas. Evolução de enfermagem sem o carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (sem o número do prontuário).

Em 28/03/2007 condutas mantidas. Realizado técnica mãe canguru (D₈). Foi verificada a temperatura axilar no início e ao término da técnica. Ao término o RN encontrava-se hipotérmico sendo colocado em incubadora aquecida; após a identificação da hipotermia, a temperatura axilar somente foi checada 6 horas após. Realizado Fundo de Olho sendo diagnosticado ROP II Zona I com hemorragia, sendo utilizado colírio de atropina. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo.

Em 29/03/2007 prescrita dieta LHO alternando com PN (melhora no ganho de peso), sendo comunicado à nutrição pela enfermagem, mas dieta não veio conforme prescrição. Houve melhora do quadro respiratório, sendo colocado em ar ambiente. Faz vitaminas e sulfato ferroso e suspenso eritropoetina (devido a ROP). Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo.

Em 30/03/2007 condutas mantidas. RN apresenta hipertermia, sendo diminuída a temperatura da incubadora (zona neutra?). Apresentou RG leitoso e regurgitação (condutas?). Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (sem o número do prontuário).

Em 31/03/2007 condutas mantidas. RN apresenta hipertermia, sendo diminuída a temperatura da incubadora (zona neutra?). Apresentou RG leitoso e regurgitação (condutas?). Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (sem o número do prontuário).

Em 1/04/2007 condutas mantidas. RN apresenta hipertermia, sendo diminuída a temperatura da incubadora (zona neutra?). Apresentou RG leitoso, sendo feito estímulo com supositório de glicerina com êxito. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo.

Em 2/04/2007 condutas mantidas. Apresentou RG leitoso somente no plantão SN. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do BH (sem o número do prontuário).

Em 3/04/2007 condutas mantidas. Evolução de enfermagem no BH sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico H (sem o número do prontuário).

Em 4/04/2007 condutas mantidas. RN apresenta hipertermia, sendo diminuída a temperatura da incubadora (zona neutra?). Apresentou RG leitoso (conduta?). Recebeu visita da oftalmologia sendo feito FO (diminuição da tortuosidade) e realizado fotocoagulação a laser (rever FO em 1 semana). Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo.

Em 5/04/2007 mantendo dieta LHO alternando com PN (melhora no ganho de peso), mas dieta não veio conforme prescrição. Apresentou RG leitoso e vômito (conduta?). Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do BH (sem o número do prontuário).

Em 6/04/2007 condutas mantidas. RN apresenta RG leitoso, sendo feito estímulo com supositório de glicerina com êxito (não evacua há 5 dias). Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo.

Em 7/04/2007 condutas mantidas. Apresentou RG leitoso (conduta?). Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. RN transferido para o Berçário Intermediário.

Em 8/04/2007 condutas mantidas. RN apresenta hipertermia, sendo diminuída a temperatura da incubadora (zona neutra?). Mantendo dieta LHO alternando com PN (melhora no ganho de peso), mas dieta não veio conforme prescrição. Apresentou RG leitoso sendo feito estímulo com supositório de glicerina com êxito. Apresentou apnéia que retornou com estímulo tátil. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo.

Em 9/04/2007 condutas mantidas. Solicitado marcação de prova de função pulmonar. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo.

Em 10/04/2007 condutas mantidas. RN apresenta hipertermia, sendo diminuída a temperatura da incubadora (zona neutra?). Apresentou resíduo gástrico leitoso (conduta?). Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (sem o número do prontuário). D₁ aguardando prova de função pulmonar. Solicitado USTF pré-alta, parecer do Serviço de Fonoaudiologia e vacinas especiais.

Em 11/04/2007 condutas mantidas. Mantendo dieta LHO alternando com PN (melhora no ganho de peso), mas dieta não veio conforme prescrição. Apresentou RG leitoso sendo feito estímulo com supositório de glicerina com êxito. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (sem o número do prontuário). D₂ aguardando prova de função pulmonar.

Em 12/04/2007 condutas mantidas. Apresentou RG leitoso (conduta?). Evolução de enfermagem no BH sem carimbo e assinatura. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (sem o número do prontuário). D₃ aguardando prova de função pulmonar.

Em 13/04/2007 condutas mantidas. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (sem o número do prontuário). D₄ aguardando prova de função pulmonar.

Em 14/04/2007 condutas mantidas. Mantendo dieta LHO alternando com PN, mas dieta não veio conforme prescrição. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (sem o número do prontuário). D₅ aguardando prova de função pulmonar.

Em 15/04/2007 condutas mantidas. RN apresenta hipertermia, sendo diminuída a temperatura da incubadora (zona neutra?). Apresentou RG leitoso (conduta?). Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. D₆ aguardando prova de função pulmonar.

Em 16/04/2007 Condutas mantidas. Dieta passou de 2/2 horas para 3/3 horas. RN apresentou RG leitoso (conduta?). Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. D₇ aguardando prova de função pulmonar.

Em 17/04/2007 condutas mantidas. Realizado exame de calorimetria, com resultado normal. Colocado em berço comum. Mantendo dieta LHO alternando com PN, mas dieta não veio conforme prescrição. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (sem o número do prontuário). D₈ aguardando prova de função pulmonar.

Em 18/04/2007 condutas mantidas. Realizado FO, tendo como resultado área com fibrose e com risco de deslocamento de retina; sem tortuosidade (ROP IV). Mantendo dieta LHO alternando com PN, mas dieta não veio conforme prescrição. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. D₉ aguardando prova de função pulmonar.

Em 19/04/2007 condutas mantidas. Apresentou RG leitoso (conduta?), sendo que a equipe médica evoluiu a ausência do mesmo. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. D₁₀ aguardando prova de função pulmonar.

Em 20/04/2007 condutas mantidas. Apresentou RG leitoso (conduta?), sendo que a equipe médica evoluiu a ausência do mesmo. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. D₁₁ aguardando prova de função pulmonar.

Em 21/04/2007 condutas mantidas. Mantendo dieta LHO alternando com PN, mas dieta não veio conforme prescrição. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. D₁₂ aguardando prova de função pulmonar.

Em 22/04/2007 condutas mantidas. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. D₁₃ aguardando prova de função pulmonar.

Em 23/04/2007 condutas mantidas. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. D₁₄ aguardando prova de função pulmonar.

Em 24/04/2007 condutas mantidas. Início de dieta gavagem x sucção. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (sem o número do prontuário). D₁₅ aguardando prova de função pulmonar.

Em 25/04/2007 condutas mantidas. Dieta gavagem x sucção. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do BH (sem o número do prontuário). D₁₆ aguardando prova de função pulmonar. Rever FO em 02//05/2007.

Em 26/04/2007 condutas mantidas. Não foi preenchido adequadamente (Não foi preenchido volume administrado). Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (sem o número do prontuário). D₁₇ aguardando prova de função pulmonar.

Em 27/04/2007 condutas mantidas. Dieta por gavagem *versus* sucção. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (sem o número do prontuário). D₁₈ aguardando prova de função pulmonar.

Em 28/04/2007 condutas mantidas. Mantendo dieta LHO alternando com PN, mas dieta não veio conforme prescrição. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. D₁₉ aguardando prova de função pulmonar.

Em 29/04/2007 condutas mantidas. Mantendo dieta LHO alternando com PN, mas dieta não veio conforme prescrição. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. D₂₀ aguardando prova de função pulmonar.

Em 30/04/2007 condutas mantidas. Feito vacina de hepatite (peso-2040 gramas). Enfermagem não relata em balanço hídrico o tipo de leite administrado. Mantendo dieta LHO alternando com PN, mas dieta não veio conforme prescrição. Evolução de enfermagem no balanço hídrico H sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (sem o número do prontuário). D₂₁ aguardando prova de função pulmonar.

Em 1/05/2007 condutas mantidas. Enfermagem não relata em balanço hídrico o RG. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (sem o número do prontuário). D₂₂ aguardando prova de função pulmonar.

Em 2/05/2007 condutas mantidas. Dieta por sucção (retirado SOG). Realizado FO sendo diagnosticado ROP II Zona 1 (com alta para ambulatório de oftalmologia). Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (sem o número do prontuário). D₂₃ aguardando prova de função pulmonar.

Em 3/05/2007 condutas mantidas. Mantendo dieta LHO alternando com PN, mas dieta não veio conforme prescrição. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. D₂₄ aguardando prova de função pulmonar.

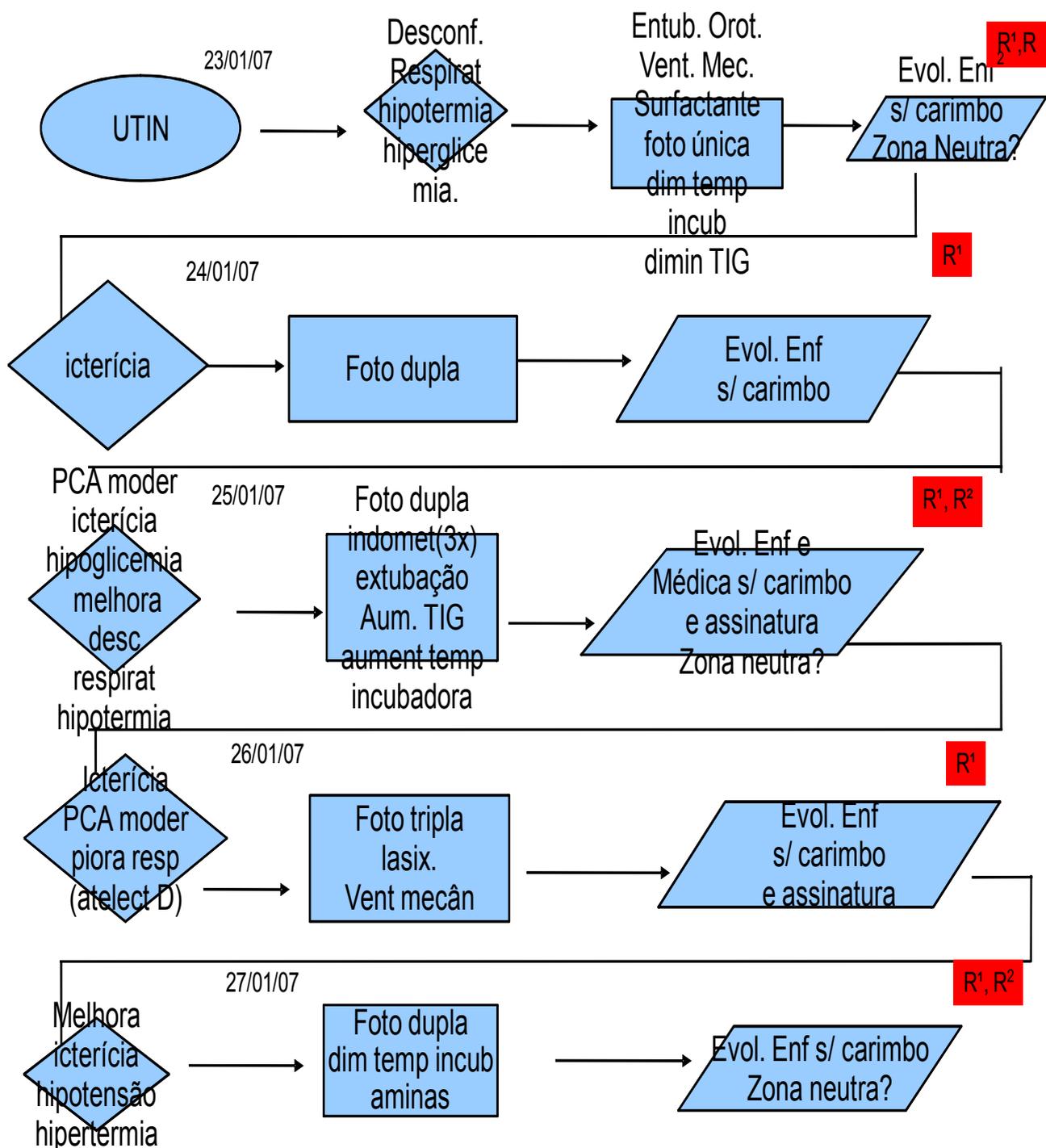
Em 4/05/2007 condutas mantidas. Feito USTF (normal). Preenchimento incompleto do cabeçalho do balanço hídrico (sem o número do prontuário). Evolução de enfermagem no BH sem carimbo. D₂₅ aguardando prova de função pulmonar.

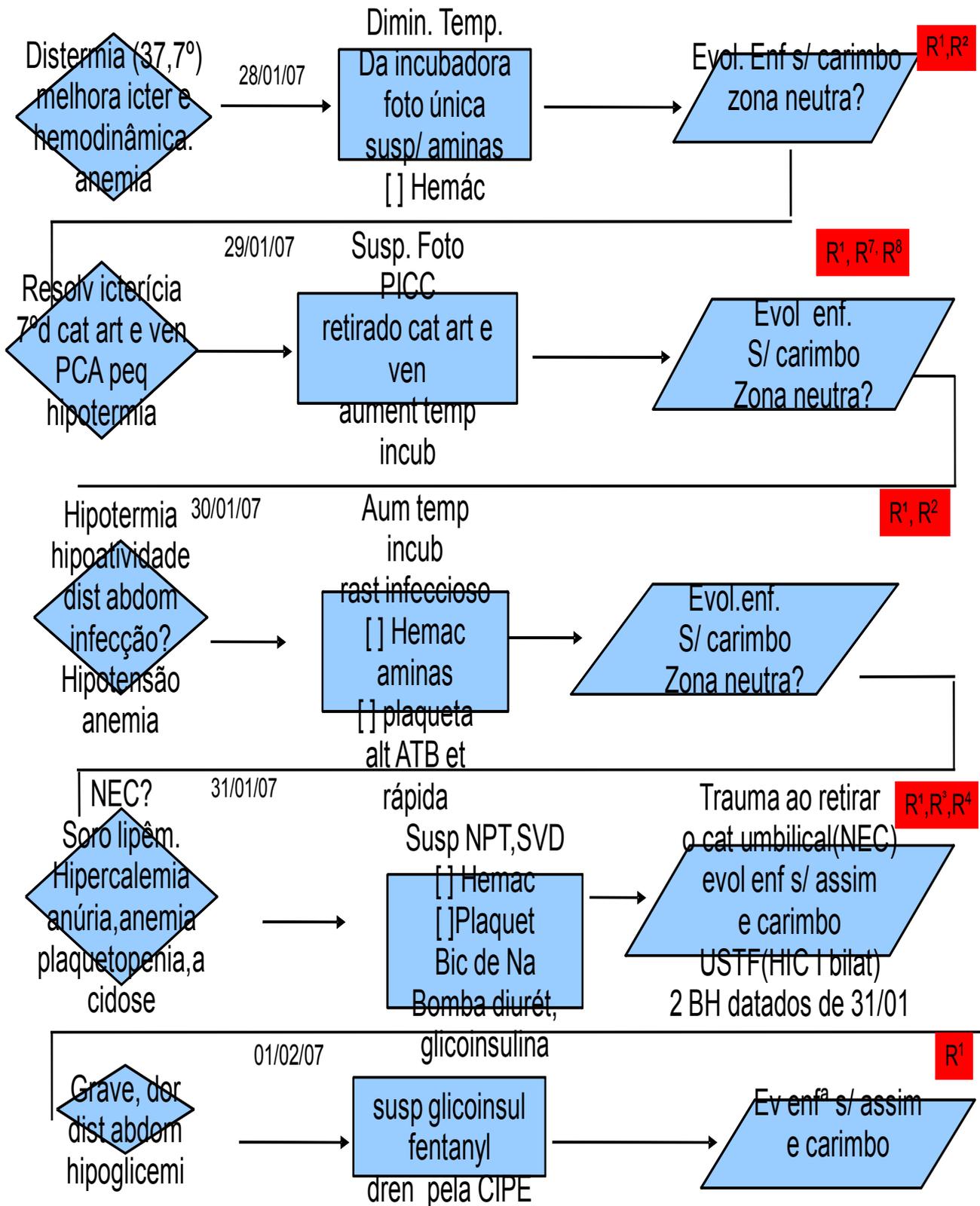
Em 5/05/2007 condutas mantidas. Mantendo dieta LHO alternando com PN, mas dieta não veio conforme prescrição. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. D₂₆ aguardando prova de função pulmonar.

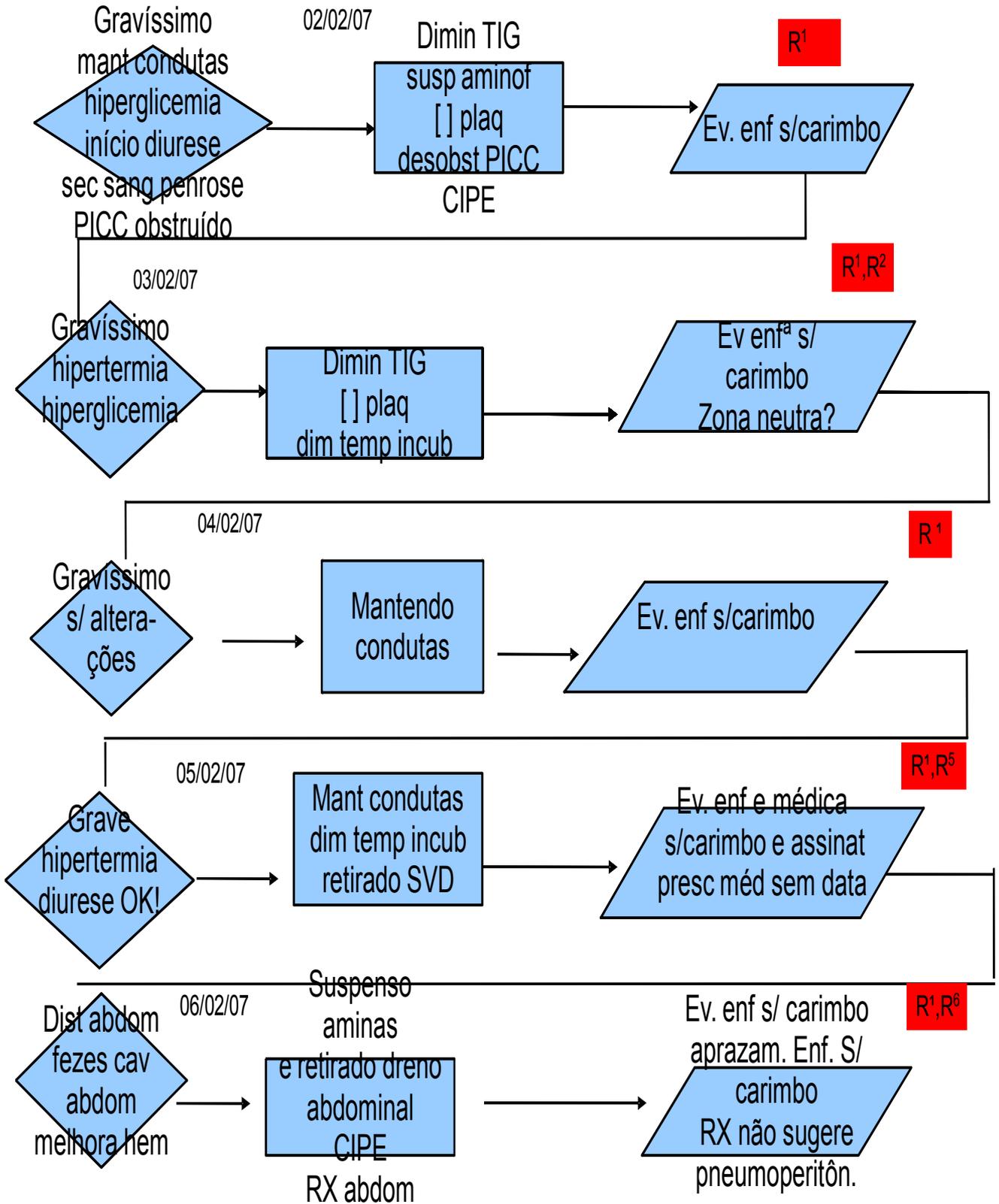
Em 6/05/2007 condutas mantidas. Mantendo dieta LHO alternando com PN, mas dieta não veio conforme prescrição. Evolução de enfermagem no balanço hídrico sem carimbo. D₂₇ aguardando prova de função pulmonar.

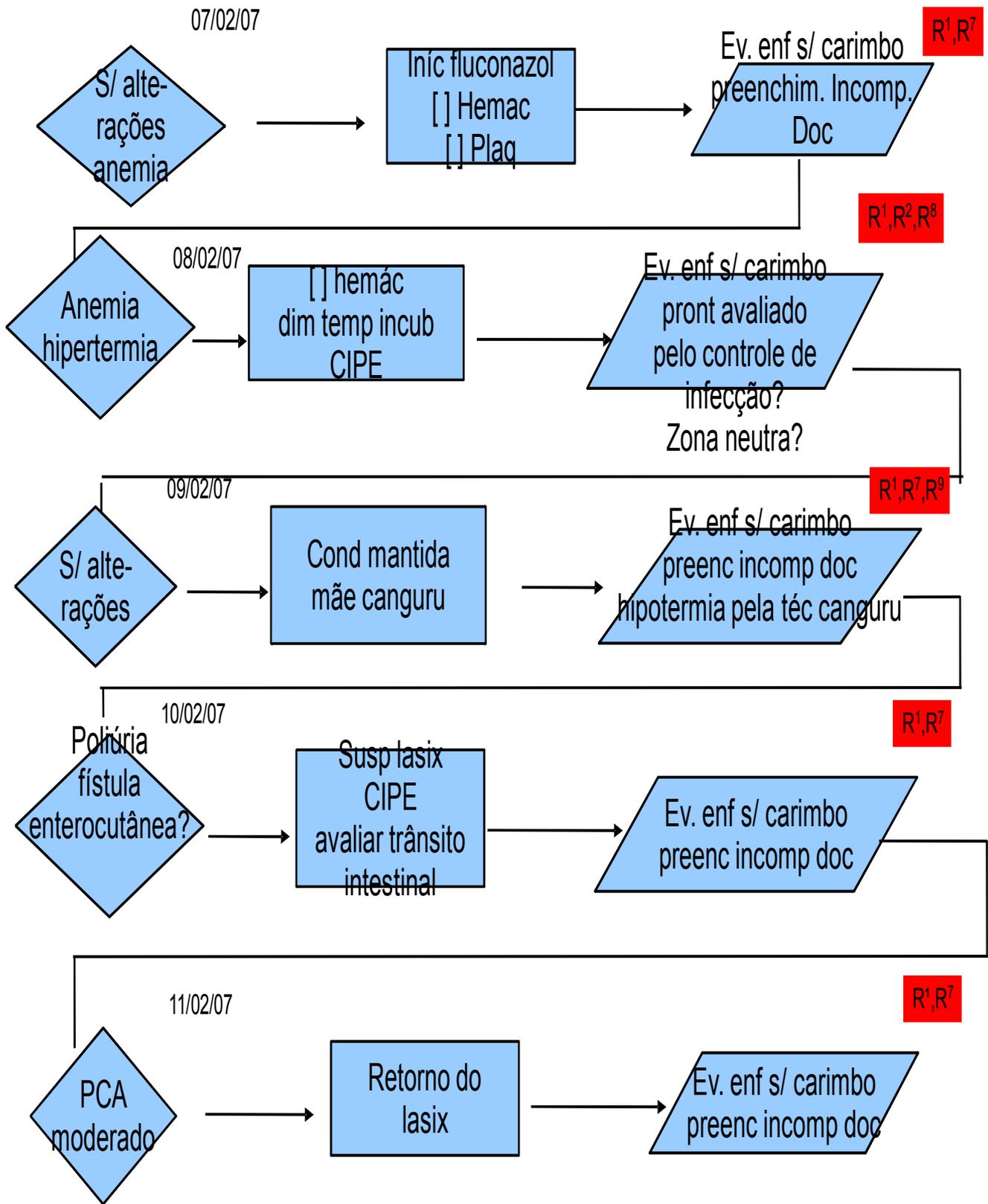
Em 7/05/2007 alta hospitalar em companhia da mãe. Não fez a Prova de função pulmonar, USTF pré-alta, parecer da fonologia e vacinas especiais. Orientada pela equipe médica a comparecer ao follow up e realizar as pendências.

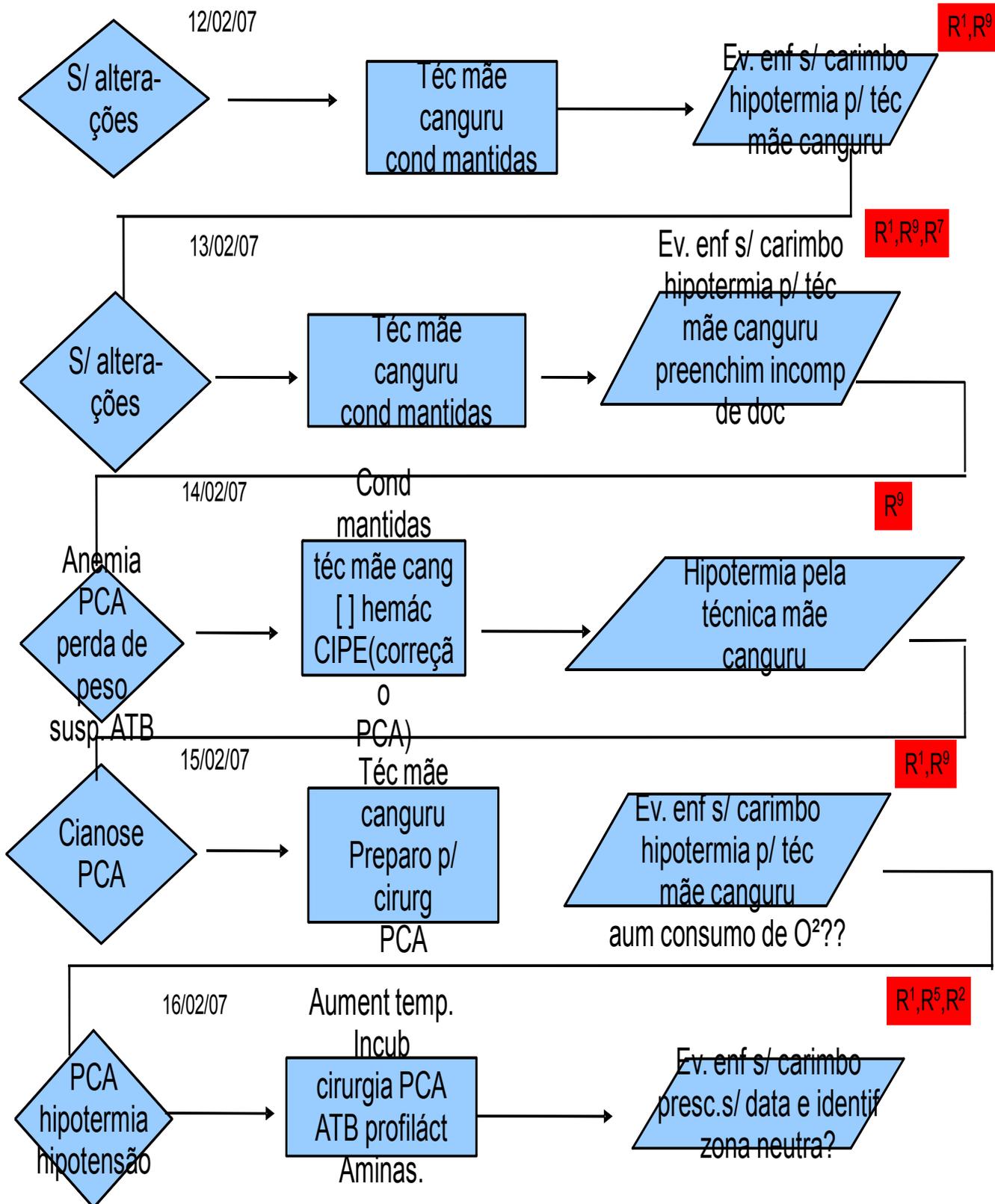
Fluxograma da internação - Caso 2

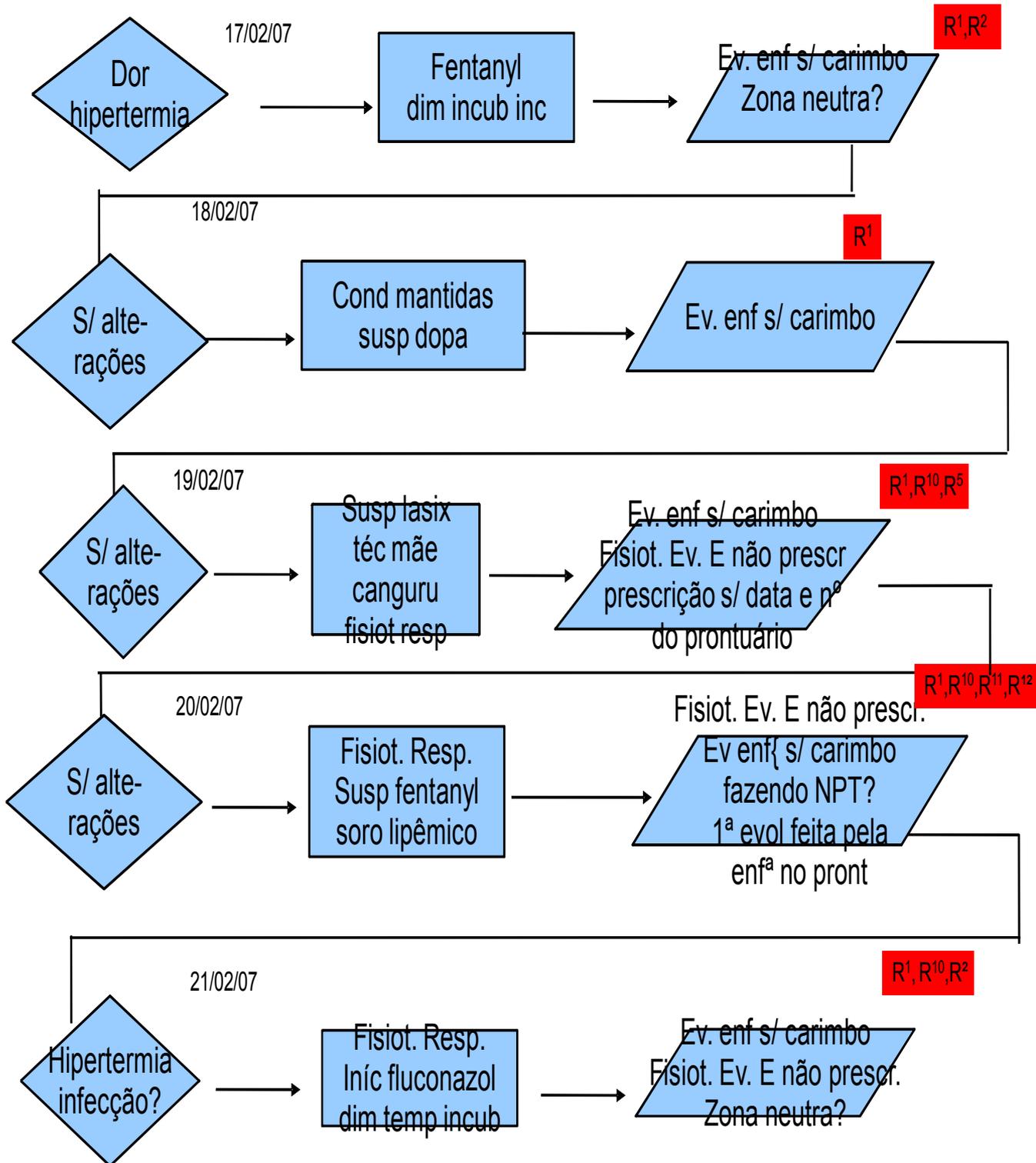


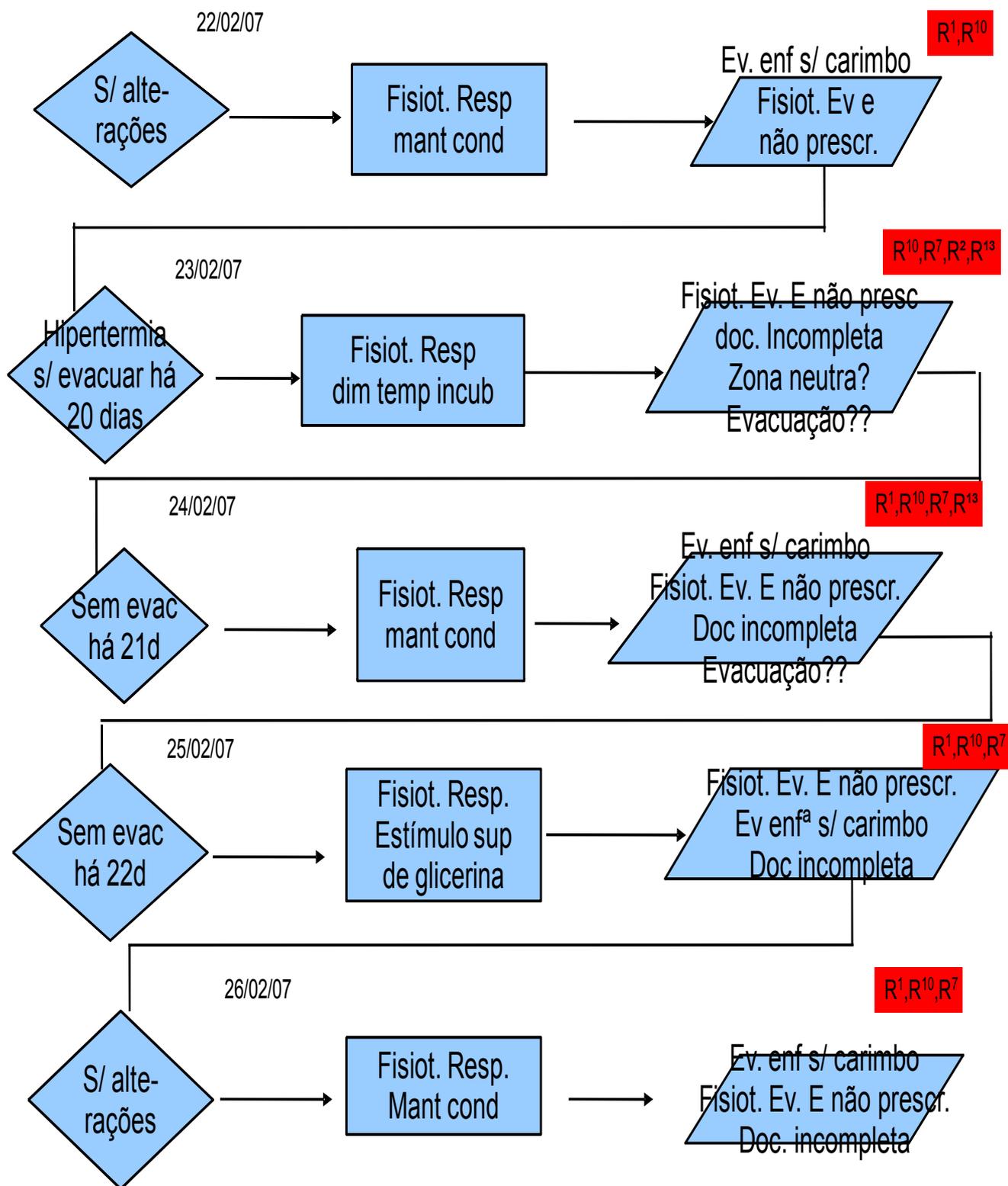


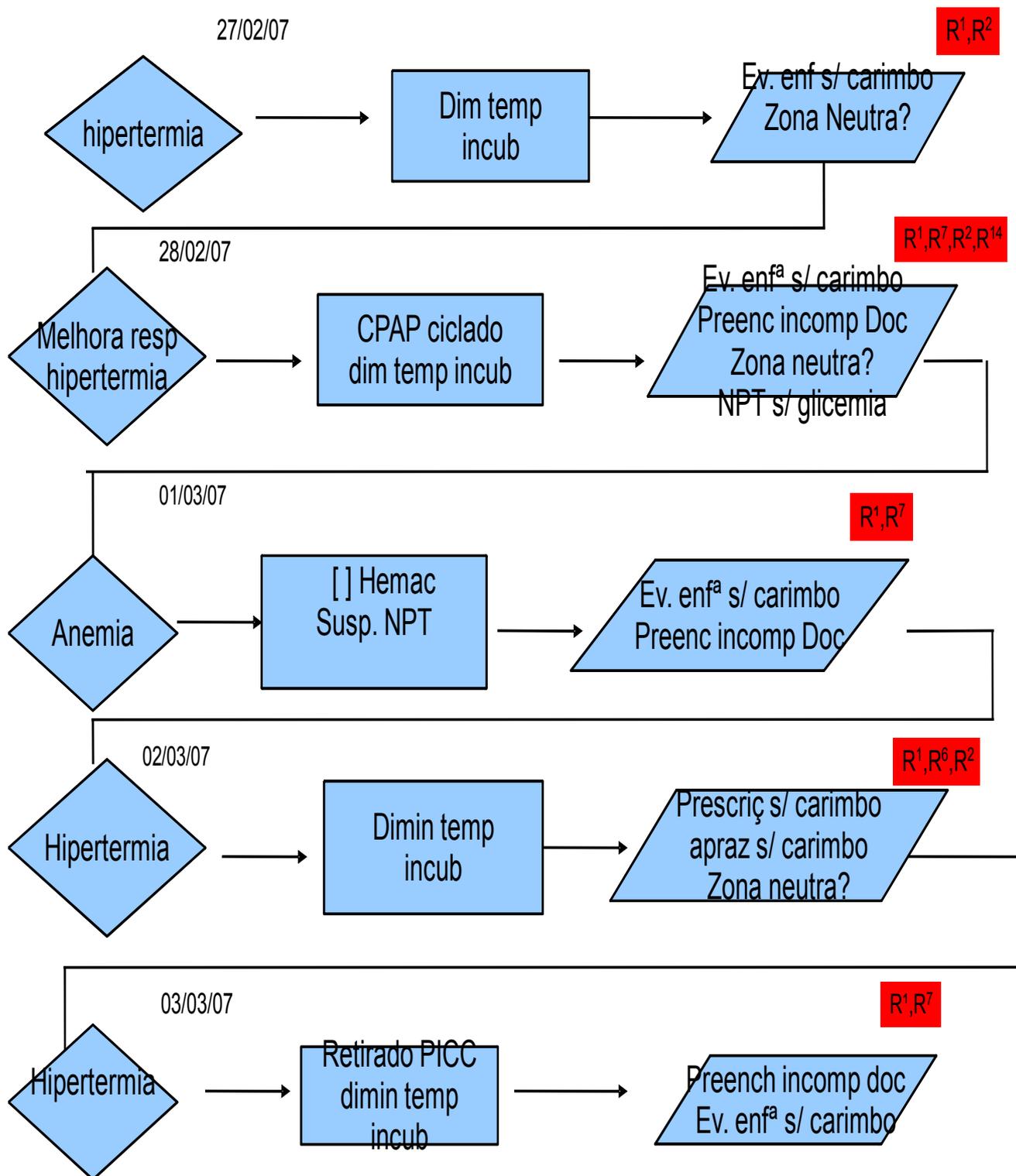


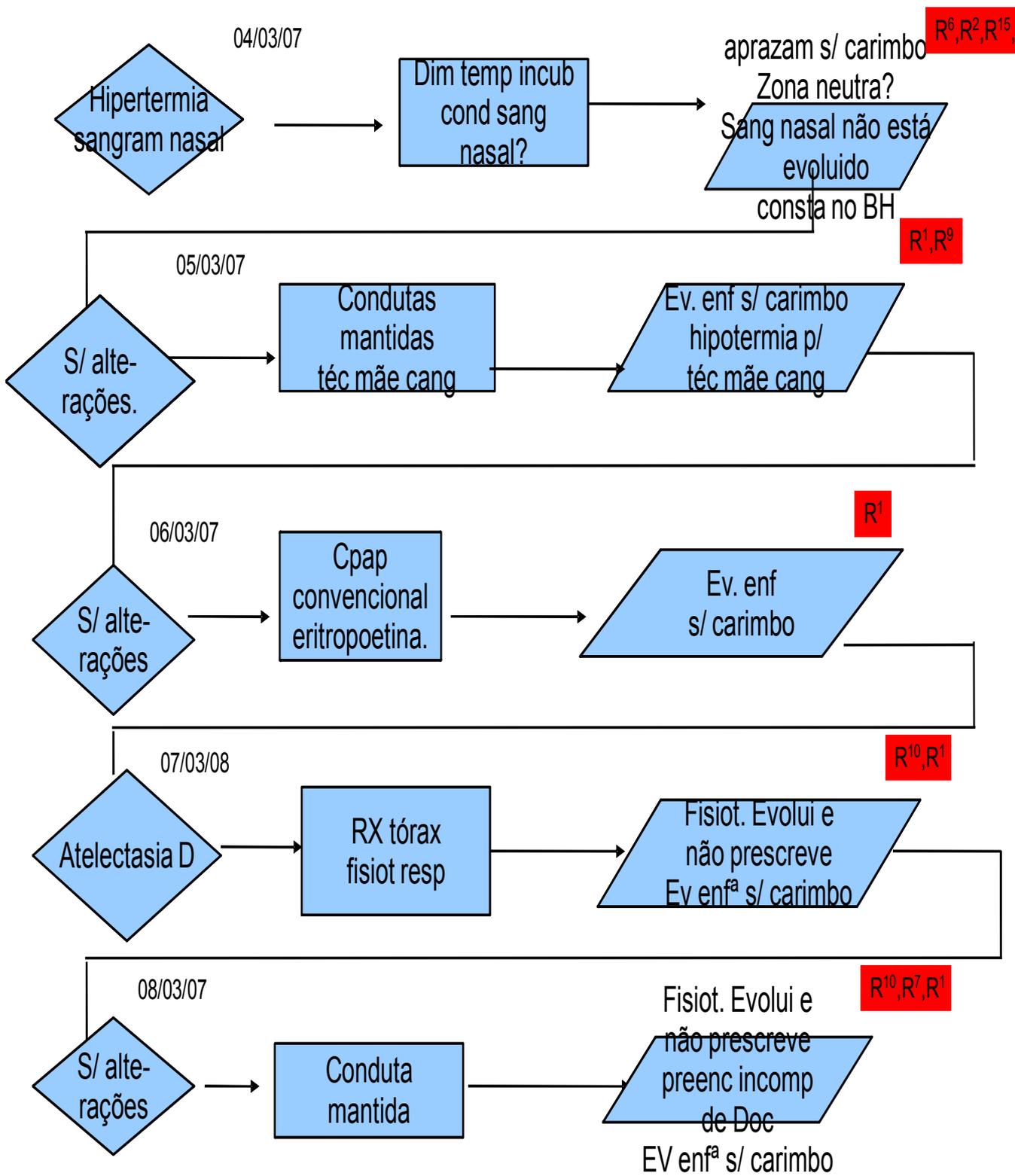


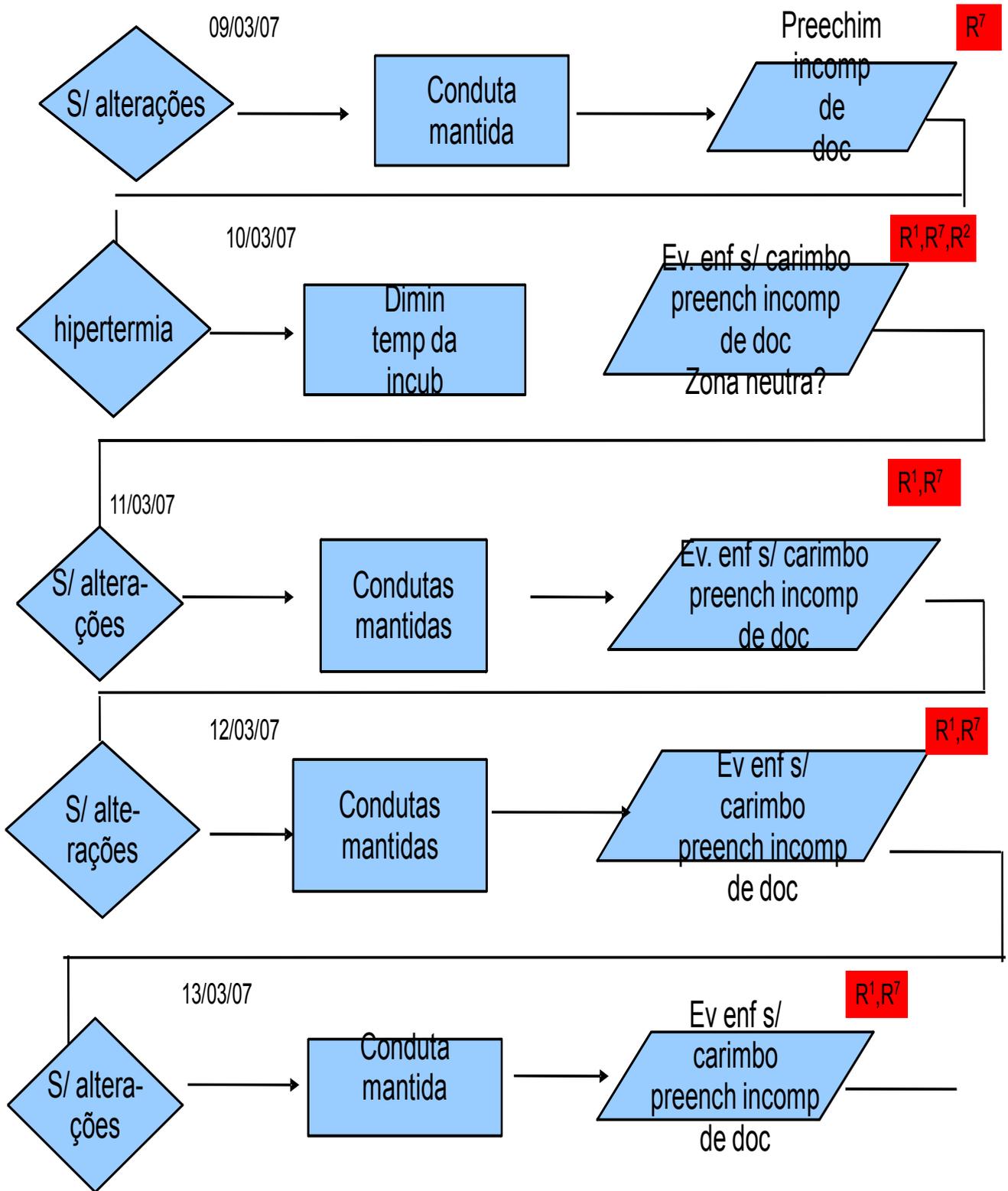


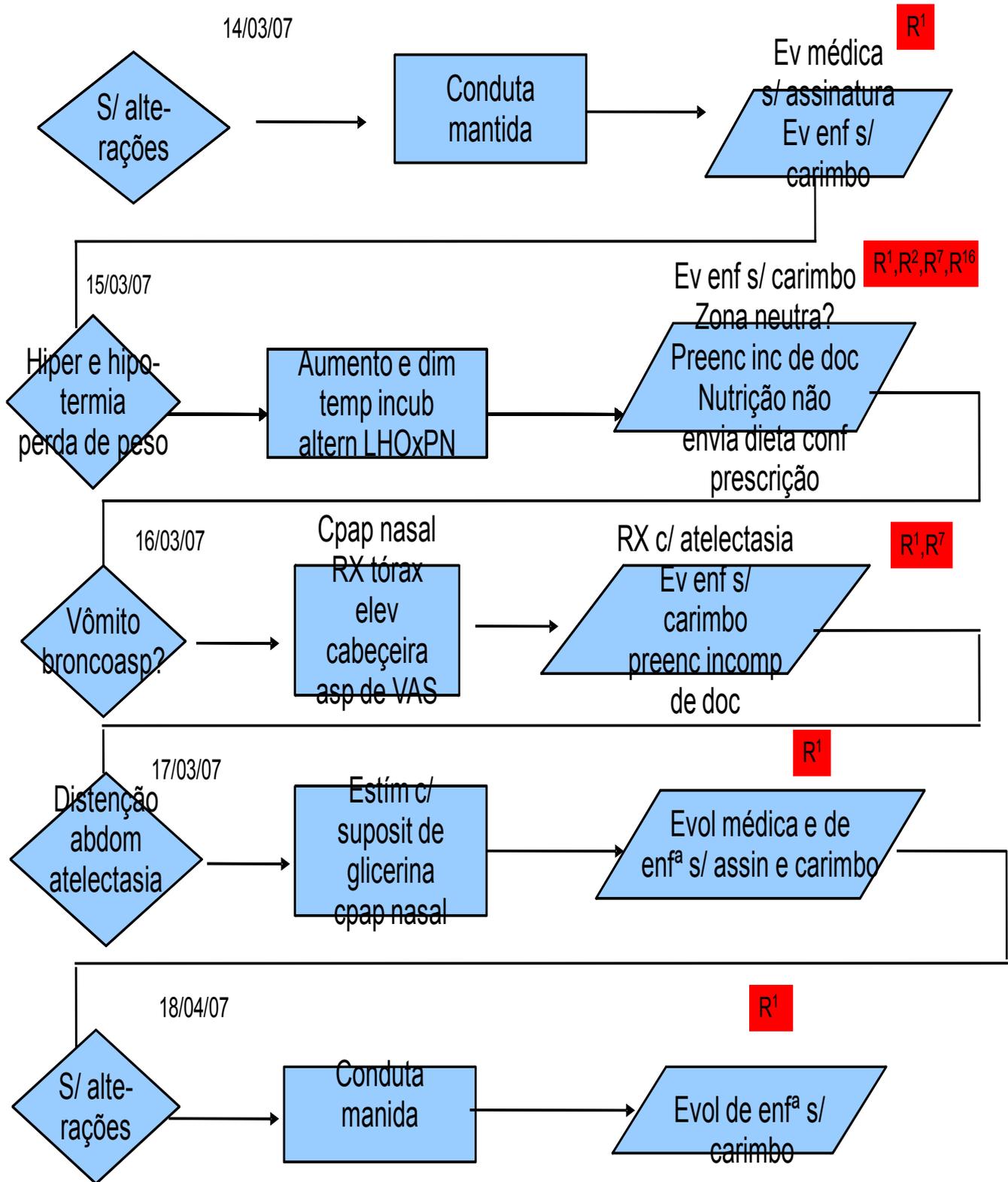


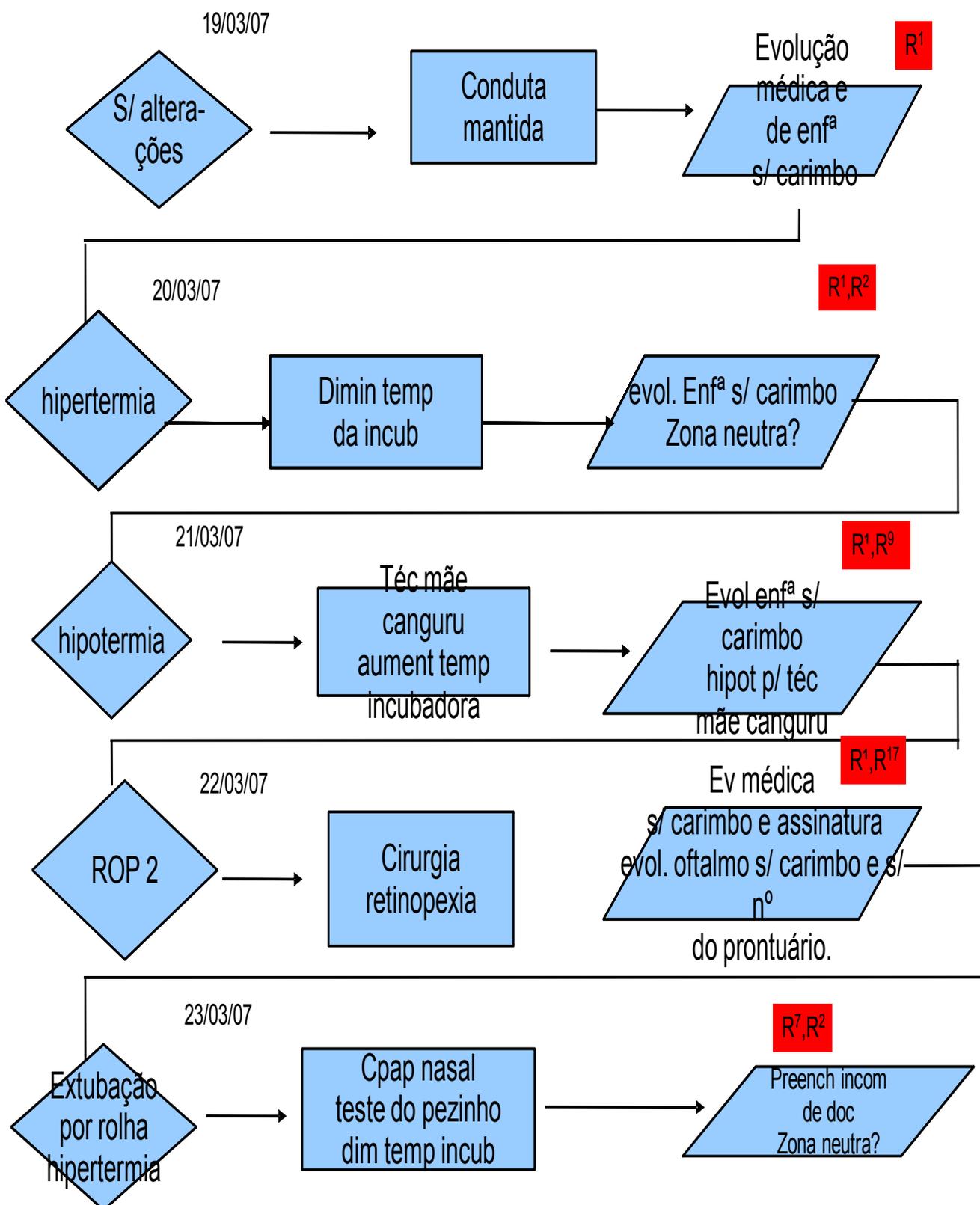


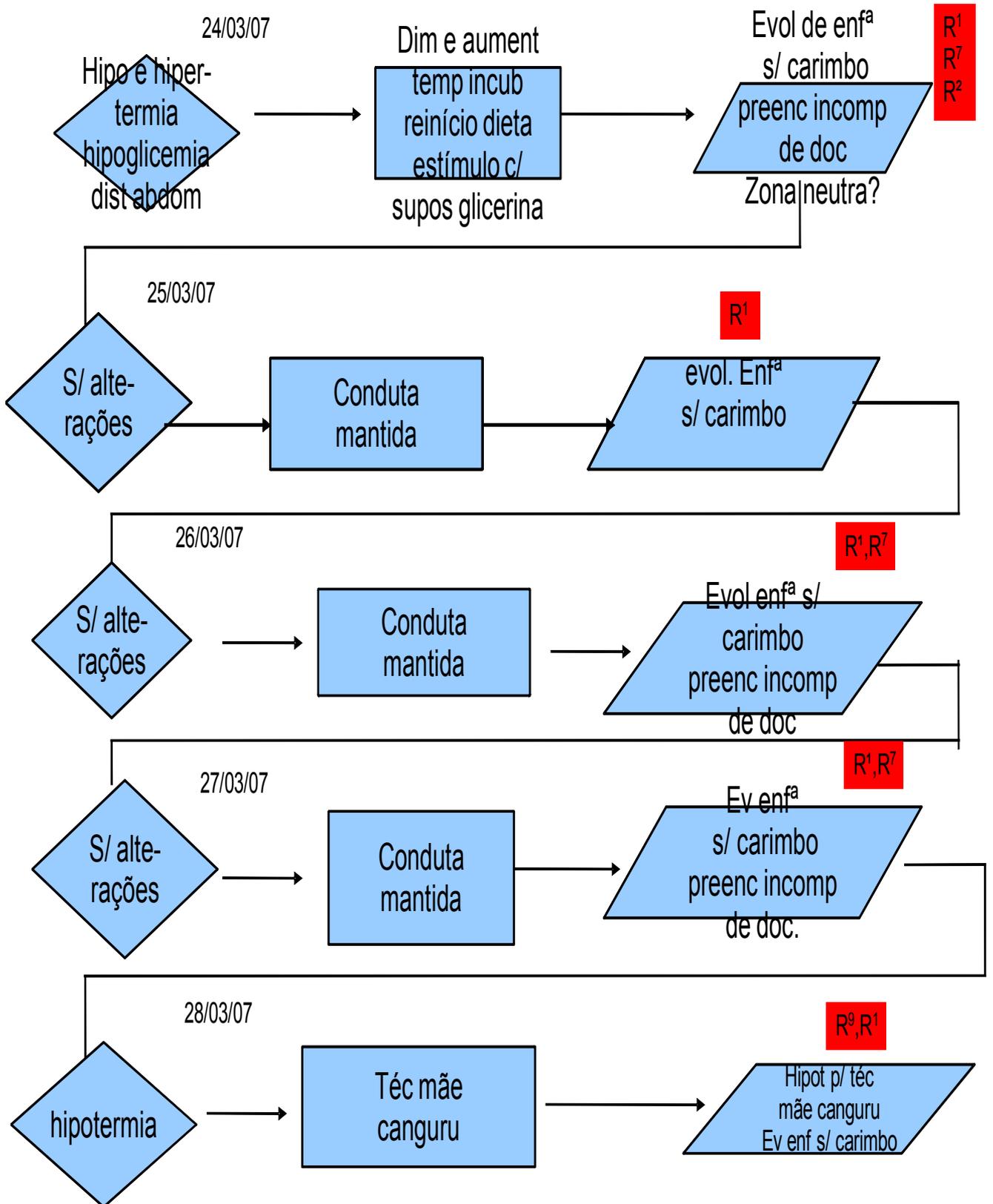


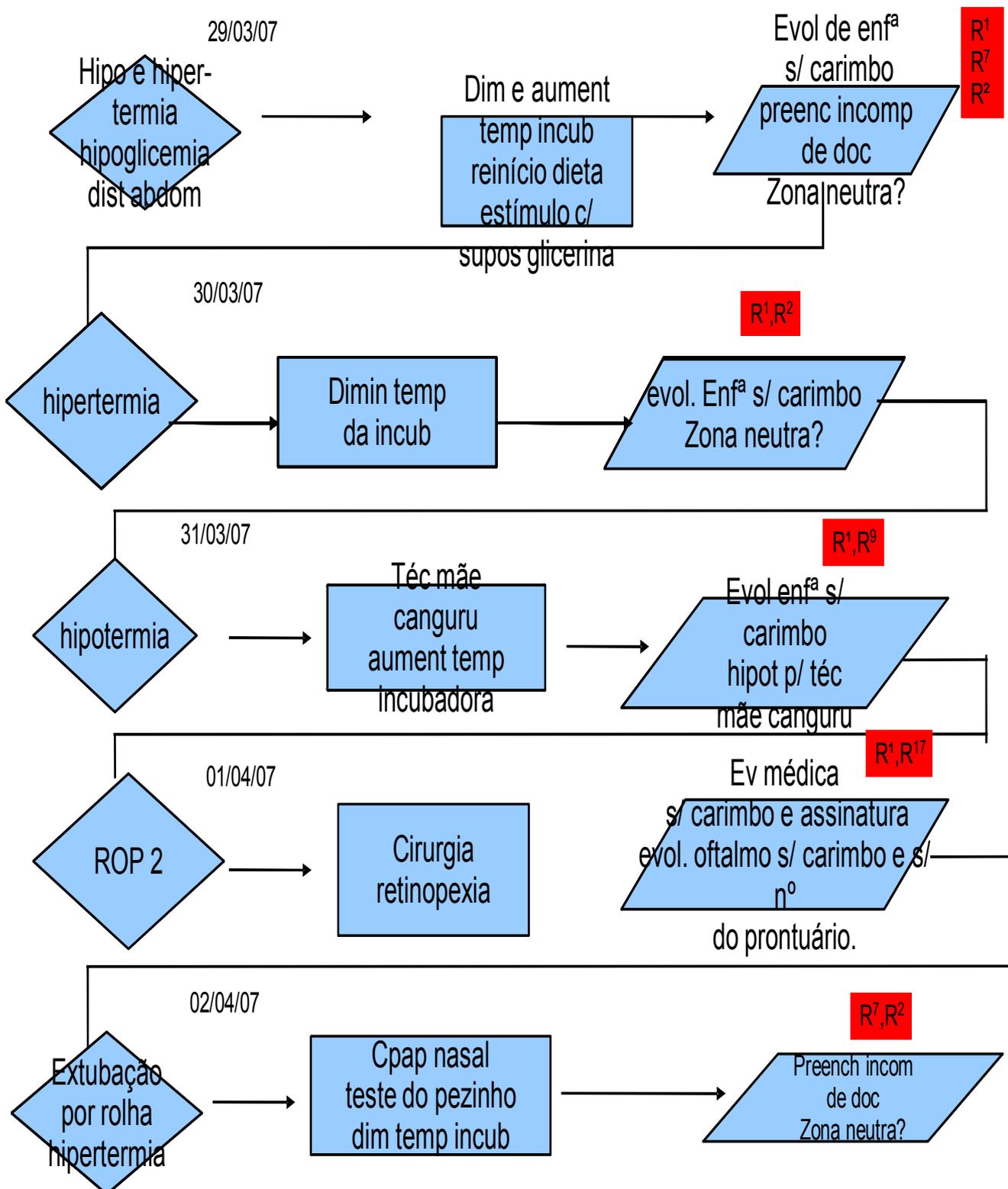


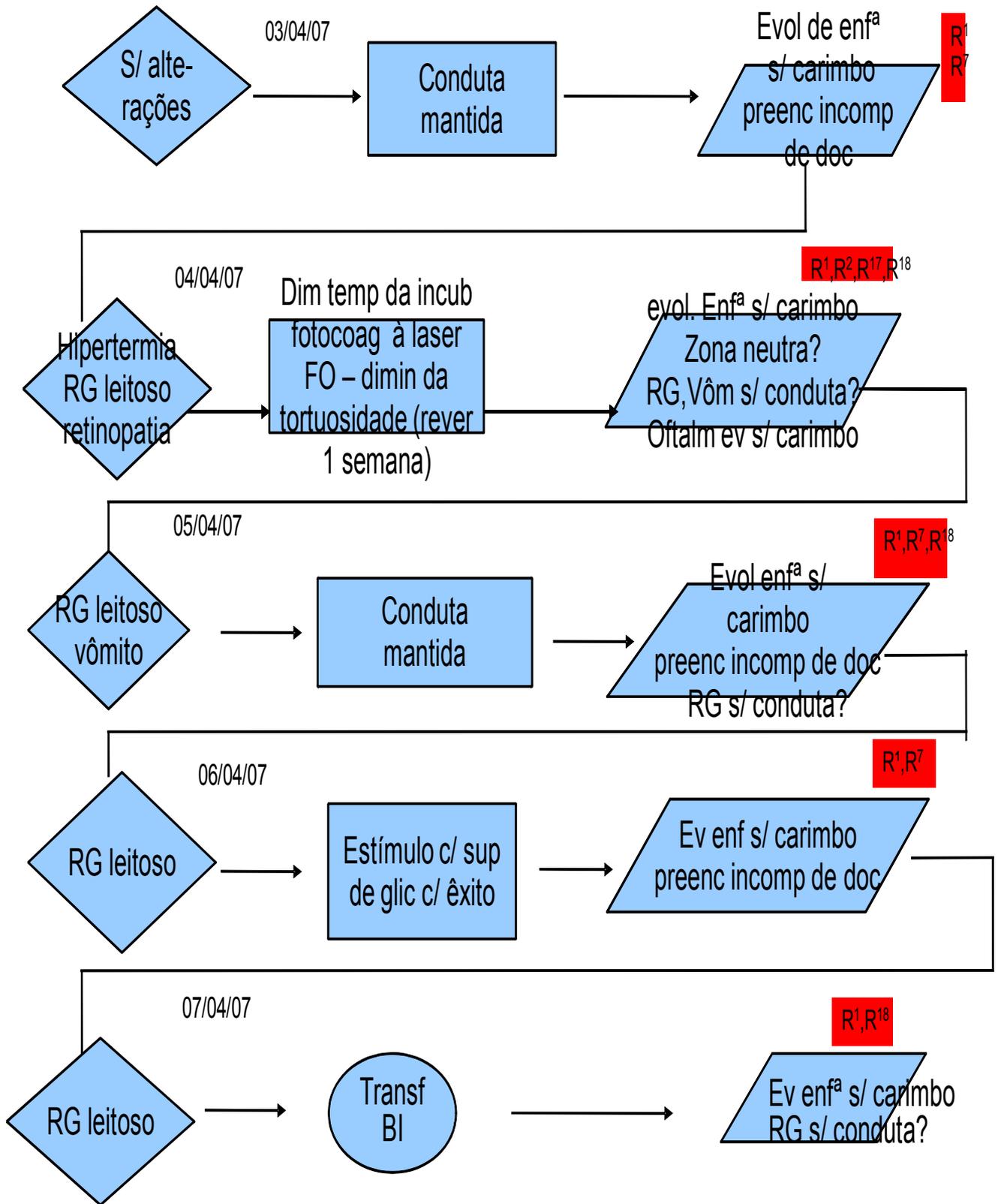


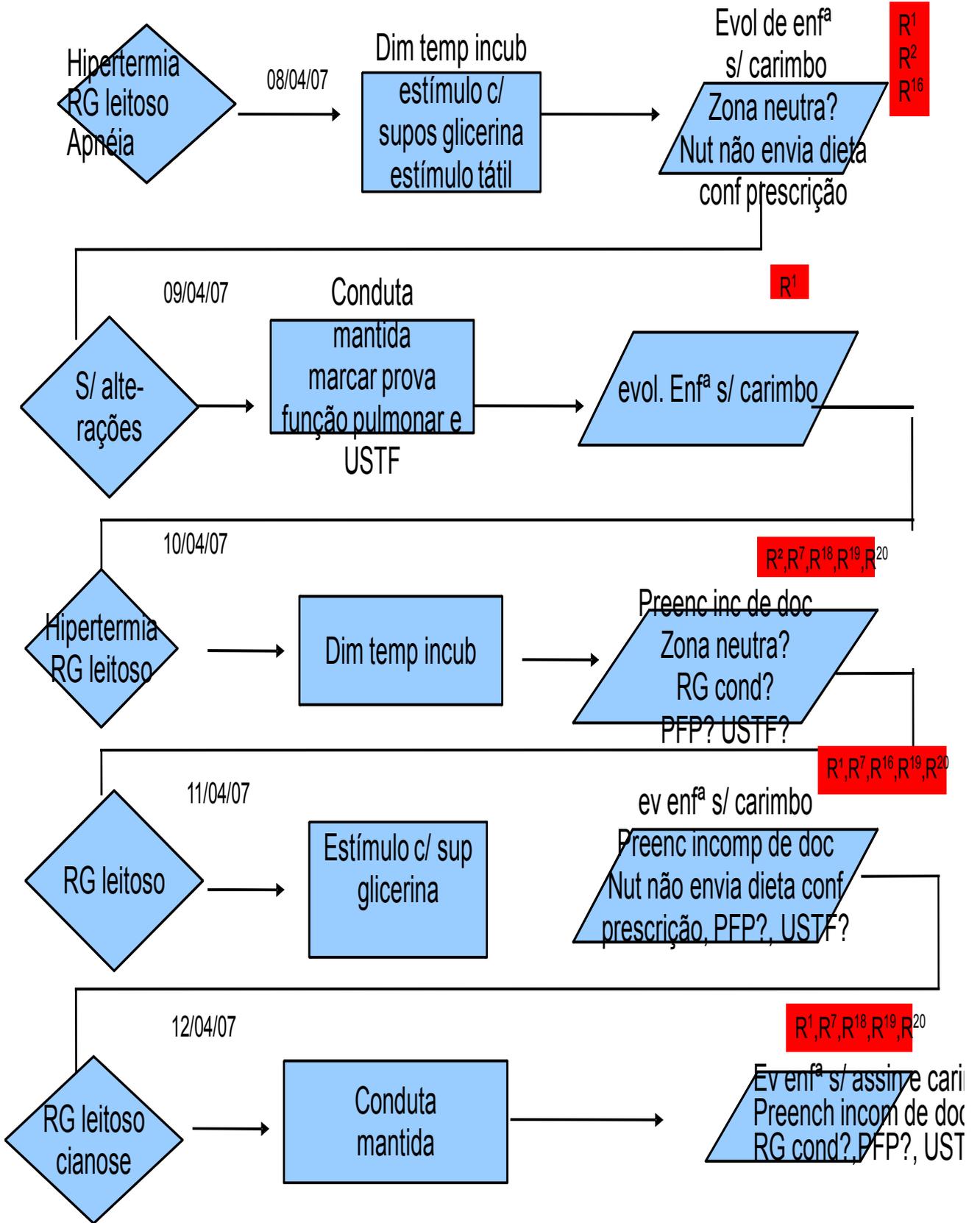


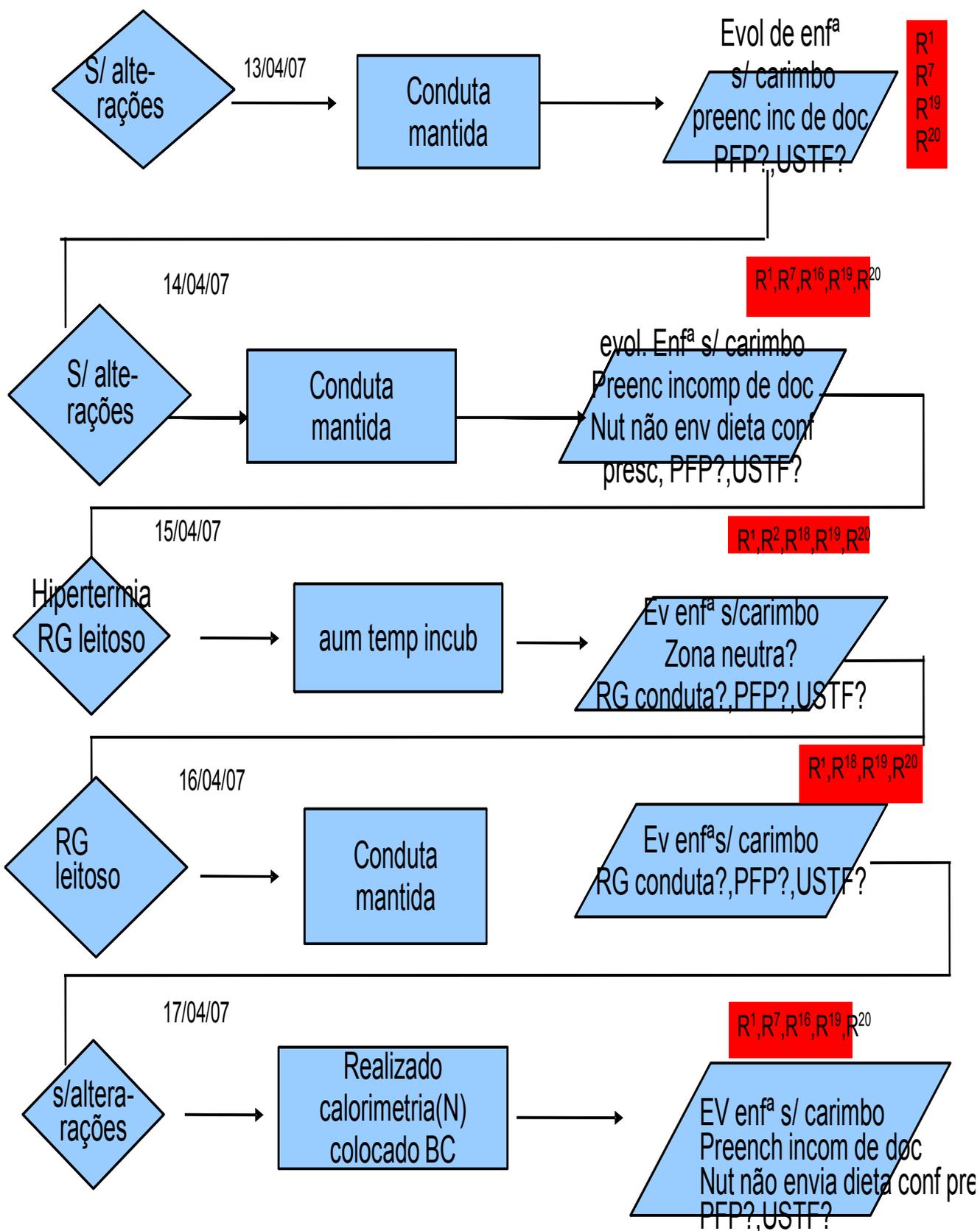


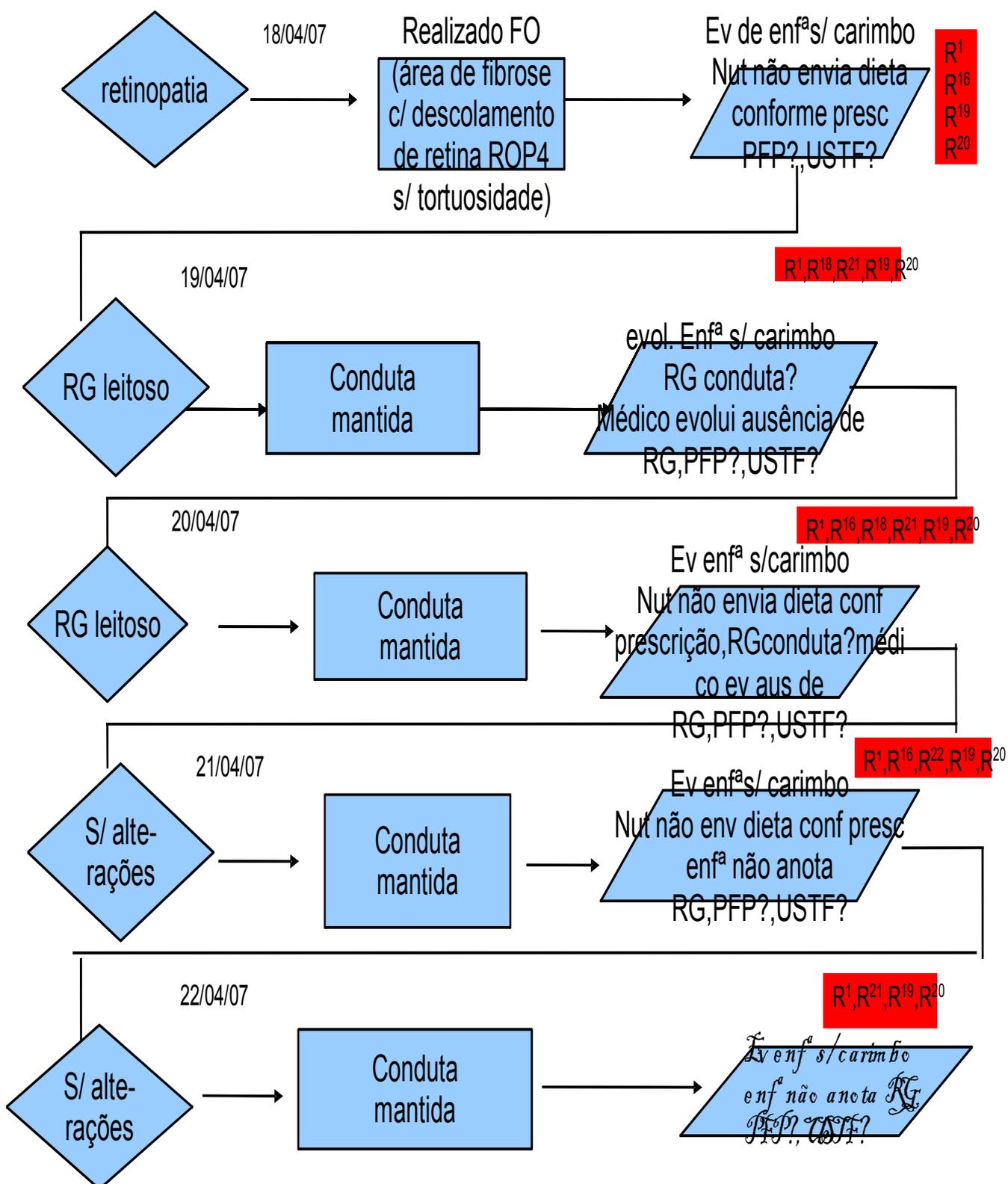


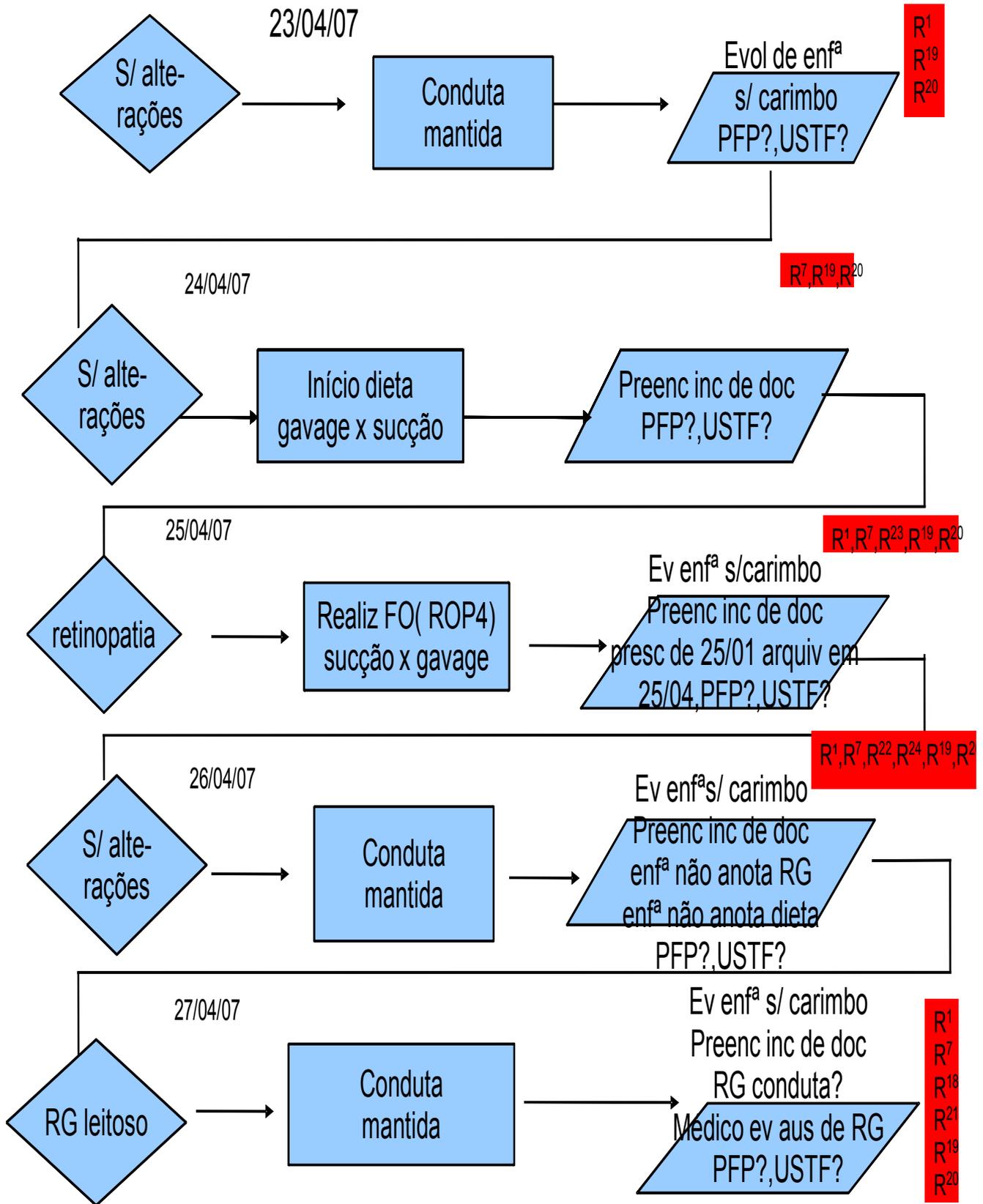


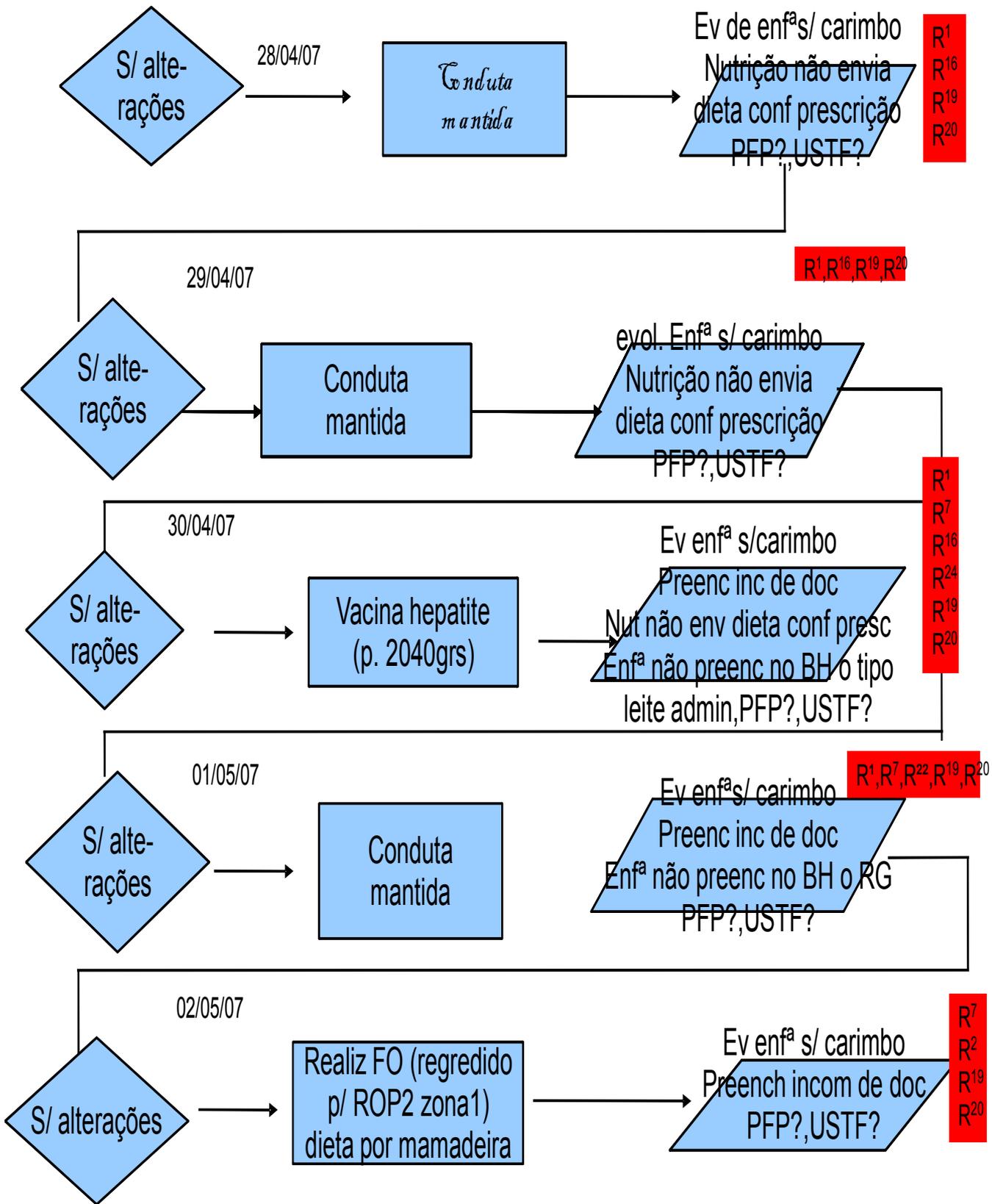


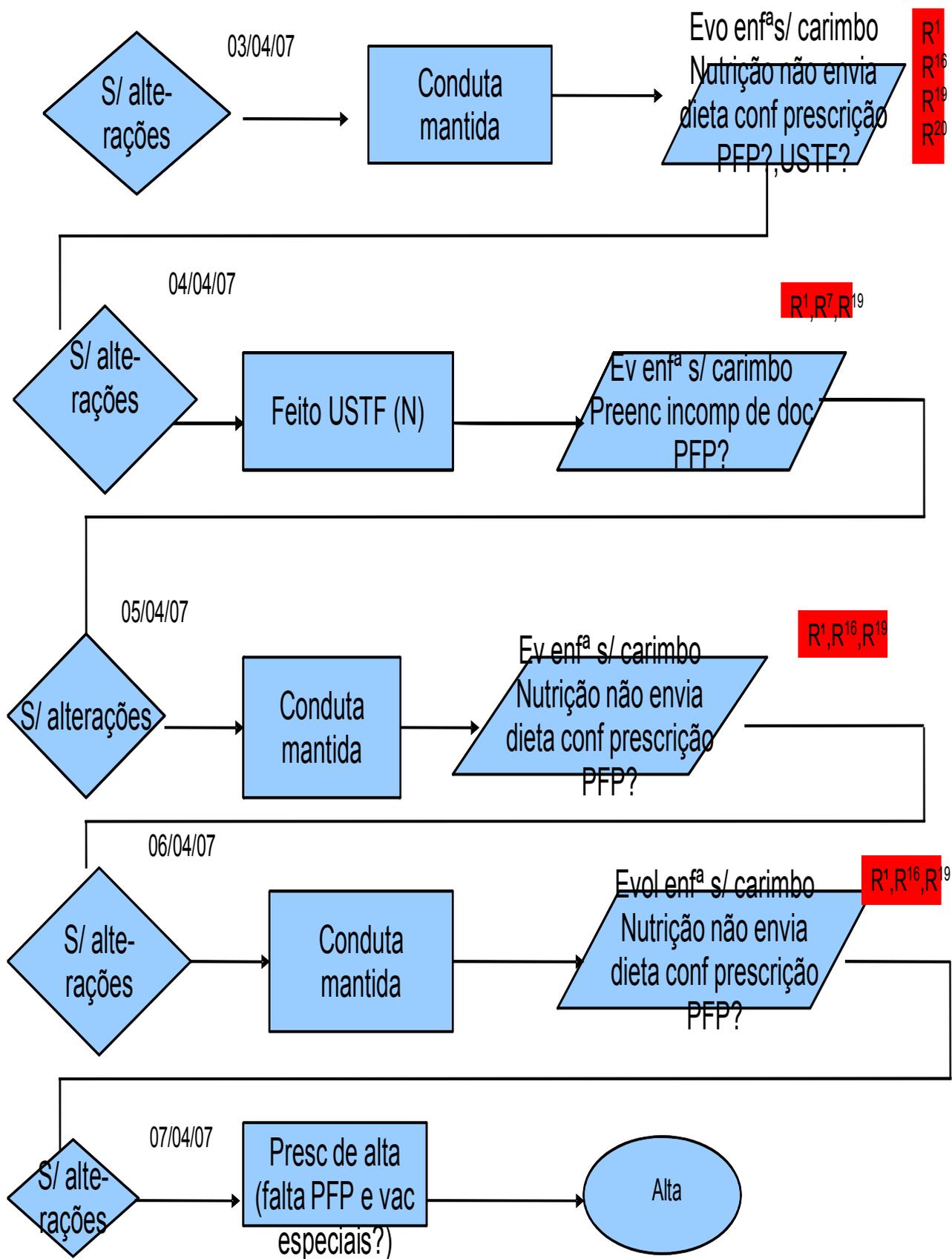






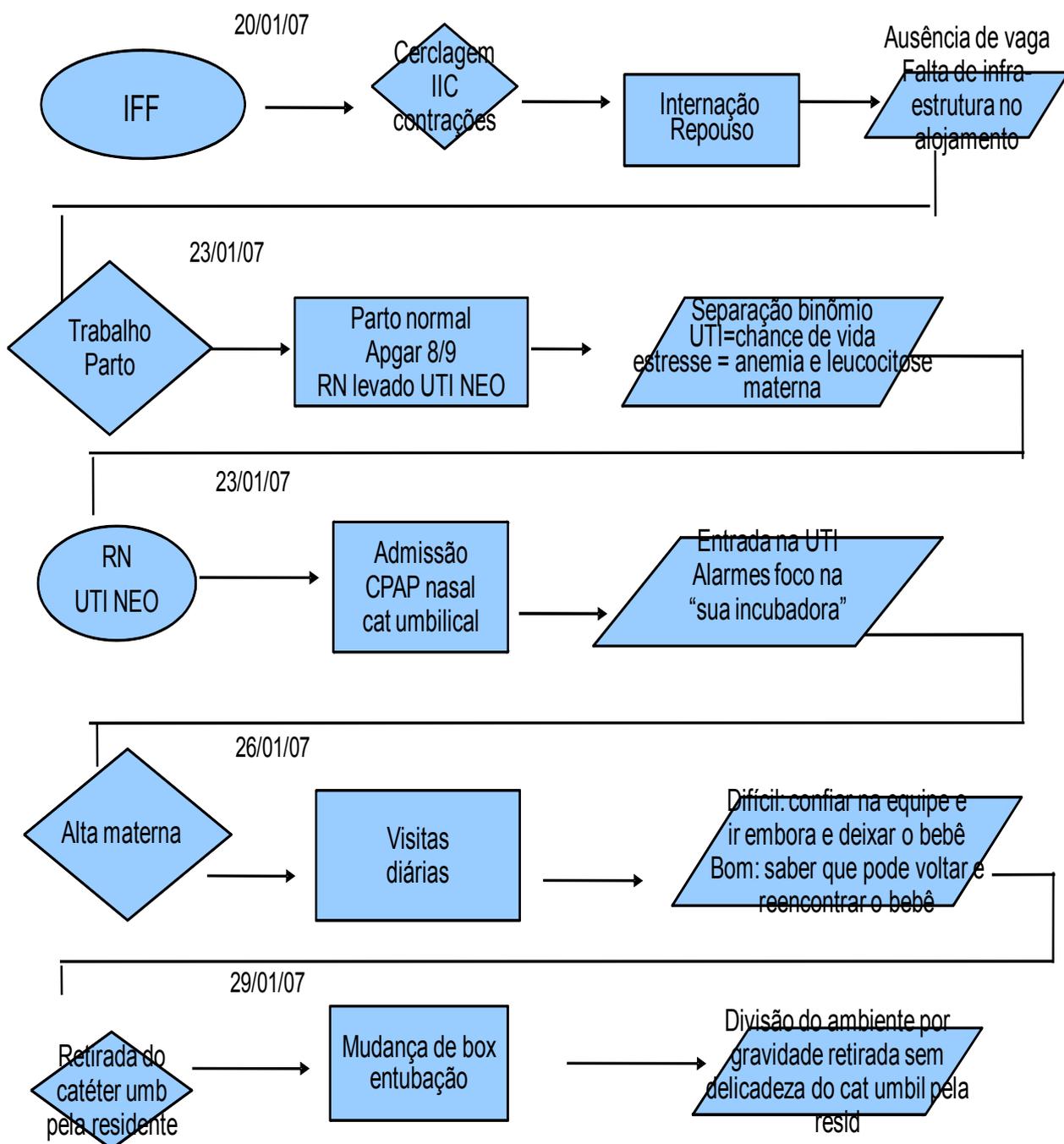


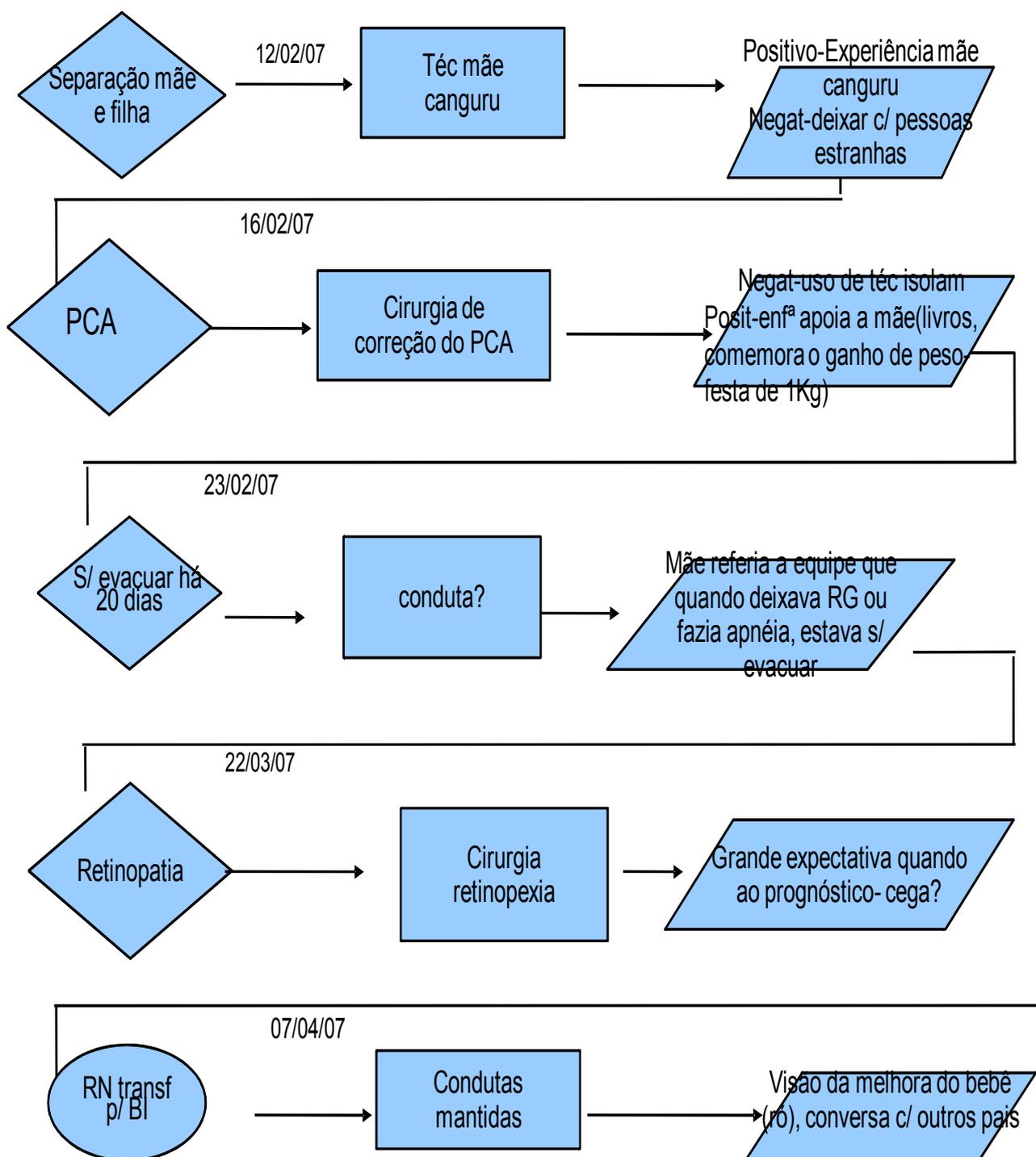


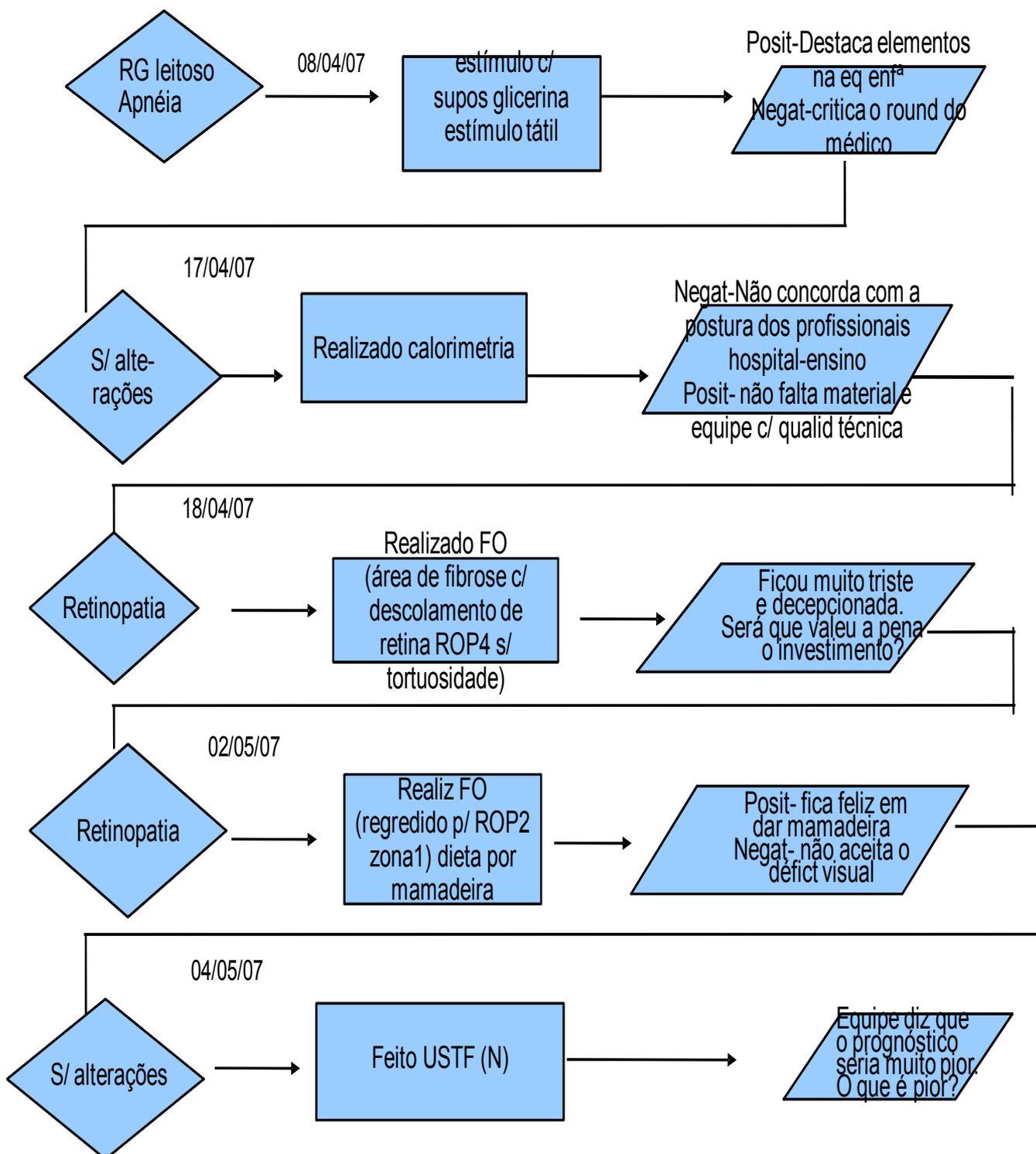


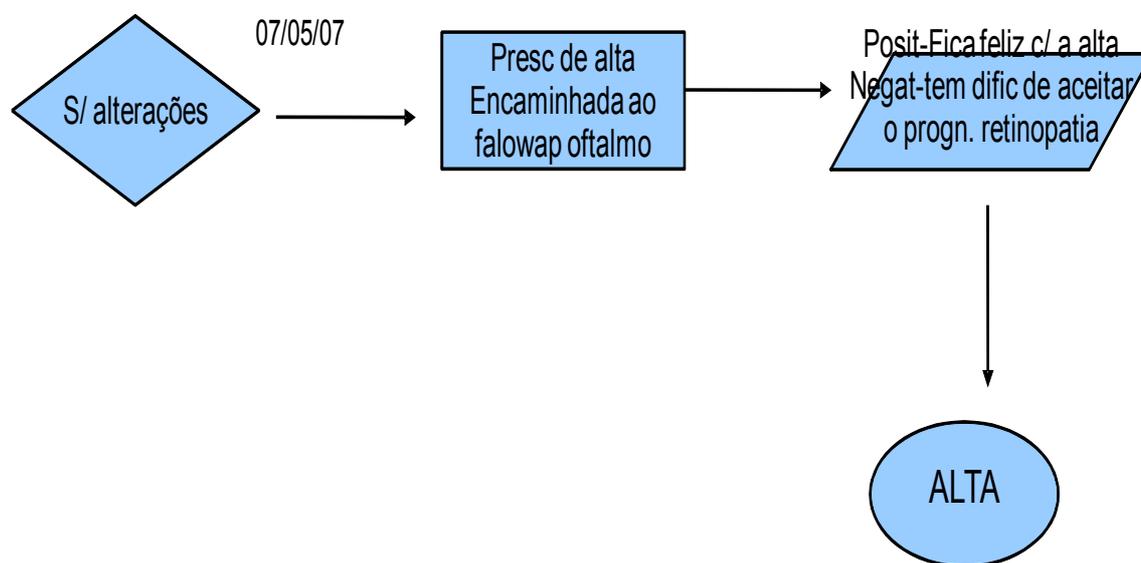
Apêndice 3

Fluxograma da entrevista - Caso 2









Apêndice 4

Rede de Contratualidade da Enfermagem

A. Primeiro Grupo Focal:

Rede de Pedidos e Compromissos:

O grupo1 selecionou como serviços/unidades ruidosos: a Farmácia, o Lactário e a Equipe multiprofissional

Farmácia *versus* Enfermagem:

Reivindicam os seguintes pedidos:

- a) Medicações no horário.
- b) Esclarecimento de dúvidas sobre medicamentos (validade, fotossensibilidade, diluição, incompatibilidade).
- c) Não sejam enviadas para a UTIN medicações que já foram suspensas.
- d) Haja uma padronização quanto ao uso de perfusor e ao uso de perfusor fotossensível.

Sugerem os seguintes compromissos:

- a) Envio das prescrições para a farmácia em tempo hábil (o que envolve o médico prescrever e o enfermeiro aprazar todas as prescrições pela manhã – até 11 horas)
- b) Contatar o serviço de farmácia sempre que a enfermagem possuir dúvidas sobre medicamentos (fotossensibilidade, tempo de infusão, instabilidade).
- c) Comunicar a farmácia sobre qualquer alteração que haja na UTIN; seja relacionada a mudança na administração de drogas, do volume administrado, alteração do horário, suspensão da droga, óbito, alta e transferência do cliente. Esta comunicação deverá ser oral e por escrito, no balanço hídrico ou evolução no prontuário.

Lactário *versus* Enfermagem:

Reivindicam os seguintes pedidos:

- a) Entrega da dieta no horário.

- b) Envio de bicos e copinhos para a administração das dietas.
- c) Atenção ao volume enviado.

Sugerem os seguintes compromissos:

- a) Informar prontamente todas as alterações relativas à dieta prescrita.
- b) Que a comunicação com o lactário transcorra de maneira formal e informal, sendo escrito no BH ou no prontuário qualquer problema identificado.
- c) Comunicado verbal e por escrito.

Equipe Multiprofissional *versus* Enfermagem:

Foi destacado pelo grupo 1 a equipe multiprofissional, mas ao construir a rede de pedidos e compromissos foi identificado pelos pesquisadores que a maioria dos itens envolviam a relação com a equipe médica. Reivindicam os seguintes pedidos:

- a) Comunicar as mudanças que efetuarem na prescrição.
- b) Realização de lavagem das mãos.
- c) Demora na liberação das prescrições.
- d) Realizar a leitura dos registros da enfermagem.
- e) Contratação de pessoal.
- f) Participação efetiva da equipe multiprofissional no round médico.
- g) Participação efetiva da equipe multiprofissional no round médico.
- h) Ter mais cuidado ao dar notícia aos pais e familiares.
- i) Rever a estrutura física da UTIN e a divisão por gravidade.
- j) Presença contínua do médico na UTIN (principalmente no plantão SN).

Sugerem os seguintes compromissos:

- a) Comunicar qualquer alteração que detectar no RN.
- b) Realizar registros e que estes sejam legíveis.
- c) Mobilizar esforços para que haja o registro da enfermeira.
- d) Ter comunicação entre as equipes multiprofissionais que trabalham na UTIN.
- e) Colocar-se no lugar da mãe, quando for cuidar do bebê ou repassar informações.

B. Segundo Grupo Focal:

Rede de Pedidos e Compromissos:

O grupo2 selecionou como serviços/unidades ruidosos: a Farmácia, o Lactário e a Equipe multiprofissional.

Farmácia *versus* Enfermagem:

Reivindicam os seguintes pedidos:

- a) Não tem rotina.
- b) Periodicidade.
- c) Não sejam enviadas para a UTIN medicações que já foram suspensas.
- d) Demora na entrega das drogas.

Estabelecem os seguintes compromissos:

- a) Contatar o serviço o mais breve possível.
- b) Conferir medicação por medicação.
- c) Rever a padronização das drogas quanto à fotossensibilidade, ao uso de seringas acima de 5 ml (PICC) e ao uso de perfusor.

Lactário *versus* Enfermagem:

Reivindicam os seguintes pedidos:

- a) Melhor entendimento sobre as necessidades do RN.
- b) Envio de melhores bicos e copinhos para a administração das dietas.
- c) Mais um ramal, devido à dificuldade de contato.

Sugerem os seguintes compromissos:

- a) Contatar o mais rápido possível, o lactário, sobre as mudanças.
- b) Realizar palestras sobre as necessidades do RN.

Equipe Multiprofissional *versus* Enfermagem:

O grupo incluiu na equipe multiprofissional o serviço de fonoaudiologia, fisioterapia, serviço

social, psicologia e limpeza.

Reivindicam os seguintes pedidos:

- a) A presença da assistente social e da psicóloga na unidade.
- b) Melhor comunicação.
- c) Maior disponibilidade.
- d) Postura profissional mais voltada para a assistência do que para o ensino.
- e) Que todos os profissionais registrassem os cuidados que realizam com o RN, principalmente no BH; como as aspirações e as administrações das dietas.
- f) Ter alguém responsável pela visita das avós.
- g) Deixar a equipe de enfermagem ter autonomia para estimular a sucção dos Rns.
- h) Equipe da limpeza treinada e qualificada.

Sugerem os seguintes compromissos:

- a) Maior comunicação.
- b) Melhor interação entre as equipes.
- c) Estimular os RNs para que suguem.
- d) Contatar os profissionais quando sentir necessidade (maior disponibilidade e presença na unidade da fonoaudiologia, fisioterapia, serviço social e psicologia).

C. Terceiro Grupo Focal

Rede de Pedidos e Compromissos:

O grupo 3 selecionou como serviços/unidades ruidosos: Humanização, Enfermagem e Equipe multiprofissional.

Humanização *versus* Enfermagem:

Reivindicam os seguintes pedidos:

a) Ter orientação quanto à técnica mãe-canguru (conhecimento tecno-científico e materiais) para que todos possam realizá-las adequadamente.

Sugerem os seguintes compromissos:

- a) Receber a mãe.
- b) Orientar quanto ao toque.
- c) Orientar quanto à dinâmica da UTIN.
- d) Realizar a técnica mãe canguru.

Enfermagem versus Enfermagem:

Reivindicam os seguintes pedidos:

- a) Melhor comunicação.
- b) Ler os registros dos colegas.
- c) Presença na passagem do plantão.
- d) Maior compromisso frente às rotinas e protocolos.

Sugerem os seguintes compromissos:

- a) Comunicação.
- b) Registrar.
- c) Letra legível.
- d) Ler o registro do plantão anterior.

Equipe Multiprofissional versus Enfermagem:

Reivindicam os seguintes pedidos:

- a) Ter comunicação entre as equipes.
- b) Comunicar por escrito as alterações de condutas.

Sugerem os seguintes compromissos:

- a) Melhor interação entre as equipes.
- b) Solicitar sempre que identificar a necessidade do RN.

D. Quarto Grupo Focal

Rede de Pedidos e Compromissos:

O grupo 4 identificou como serviços/serviços ruidosos: Humanização, Lactário e Manutenção de equipamentos

Humanização versus Enfermagem:

Reivindicam os seguintes pedidos:

- a) Que toda a equipe multiprofissional tenha consciência e trabalhe o “mínimo manuseio”.
- b) Que a equipe fale mais baixo dentro da unidade.
- c) Que os médicos e a enfermagem utilizem medidas farmacológicas ou não no controle da dor do RN.
- d) Que haja uma maior orientação à equipe multiprofissional quanto aos cuidados humanizados.
- e) Ter um termômetro na unidade para controlar a temperatura do ar.

Estabelecem os seguintes compromissos:

- a) Promover condutas como: alívio da dor, temperatura do ar agradável, diminuir ruídos, diminuir iluminação e praticar o mínimo manuseio.
- b) Estabelecer com a equipe multiprofissional um consenso sobre os horários do manuseio do RN.

Lactário *versus* Enfermagem:

Reivindicam os seguintes pedidos:

- a) Providenciar bicos e copinhos.
- b) Trazer o leite modificado o mais rápido possível.
- c) O ramal seja atendido com maior presteza.
- d) Repactuar rotinas já estabelecidas.
- e) Entregar o leite 30 minutos antes.
- f) Reanalisar critérios do Hospital Amigo da Criança quanto ao uso de bicos.

Sugerem os seguintes compromissos:

- a) Contatar o mais rápido possível, o lactário, sobre as mudanças.
- b) Cuidar do material utilizado na administração da dieta (bico e copo).

Manutenção de Equipamentos *versus* Enfermagem:

Reivindicam os seguintes pedidos:

- a) Rever o sistema de ar condicionado (conserto e limpeza).
- b) Manutenção preventiva.
- c) Ter bombas e monitores funcionantes.
- d) Ter incubadoras funcionantes (pesar e umidificação).
- e) Ter cabos e manguitos de pressão funcionantes em número suficiente.
- f) Rever os respiradores (parâmetros de pressão).

Sugerem os seguintes compromissos:

- a) Cuidar do material da UTIN, não deixando-o jogado.
- b) Manter bombas infusoras e monitores ligados na luz.

E. Quinto Grupo Focal

Rede de Pedidos e Compromissos:

O grupo5 Selecionou como serviços/serviços ruidosos: Médicos, Lactário e Limpeza

Médicos versus Enfermagem:

Reivindicam os seguintes pedidos:

- a) Prescrição no horário (manhã).
- b) Comunicar as alterações de condutas (condutas e drogas).
- c) Ouvir a enfermagem quando esta sinaliza alguma alteração no RN.
- d) Ler os registros de enfermagem.
- e) Melhor comunicação.
- f) Permitir, respeitar e compartilhar as decisões sobre as condutas que serão realizadas no RN.
- g) Estar presente na UTIN (SN).
- h) Melhor comunicação nos casos de emergência (ramal).

Estabelecem os seguintes compromissos:

- a) Ler os registros médicos.
- b) Comunicar prontamente qualquer alteração que identificar no RN.
- c) Cumprir todas as condutas prescritas.
- d) Manter boa comunicação.
- e) Manter trabalho em equipe.
- f) Participar do round.

Lactário versus Enfermagem:

Reivindicam os seguintes pedidos:

- a) Diminuir as burocracias quando as mudanças são necessárias.
- b) Melhor qualidade de bicos e copos.
- c) Reavaliar junto ao Serviço de Fonoaudiologia quanto ao tipo de bico utilizado e critérios de inclusão Hospital Amigo da Criança.
- d) Ter um rótulo menos complicado (há muitas informações).
- e) Entregar o leite 30 minutos antes.
- f) Ter consciência da real necessidade do RN.
- g) Ter mais ramais (facilitar o contato).

Sugerem os seguintes compromissos:

- a) Contatar prontamente o serviço quando mudanças, altas, transferências e suspensão da dieta.
- b) Orientar (troca de conhecimento) o serviço quanto as necessidades do RN.
- c) Checar as dietas a cada recebimento.
- d) Cuidar e guardar os bicos e copos para que seja devolvido em bom estado para o serviço.

Limpeza versus Enfermagem:

Reivindicam os seguintes pedidos:

- a) Seja realizada adequadamente; com materiais e soluções adequadas.
- b) Seja realizada mais vezes no plantão (3 vezes).
- c) Não deixar as lixeiras muito cheias.
- d) Manter as papeleiras com papel para secagem das mãos.
- e) Ter treinamento e reciclagem aos profissionais para efetuarem as técnicas adequadamente e sabendo da necessidade real dos cuidados.
- f) A presença da supervisora (chefe do serviço de limpeza).
- g) No horário de descanso, saber onde estão.

h) Perguntar sempre que tiverem dúvidas.

Sugerem os seguintes compromissos:

a) Chamar sempre que necessário.

b) Manter a unidade limpa, evitando jogar papel e/ou materiais no chão.

c) Manter uma boa comunicação e integração.

Anexo 1 - Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa:

Fonte de financiamento externa	Não
Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento	
Referências Bibliográficas	Comentário
Comentários sobre as Referências Bibliográficas	
Recomendação	
Aprovar	
Comentários Gerais sobre o Projeto	

APROVADO
 Válido Até 31/12/2008
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ
 Telefone: 2552-8491 / 2554-1700 r. 1730


 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

Anexo 2: Modelo de Termo de Consentimento informado aos profissionais de saúde:



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **O PROCESSO DE TRABALHO EM UMA UNIDADE NEONATAL: “CONHECENDO AS REDES E DESATANDO OS NÓS”** que será desenvolvido pela coordenadora do projeto, Dr^a Enirtes Caetano Prates Melo; Patricia de Araújo Marques, mestranda da linha de pesquisa “O cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, de pesquisar e de ensinar em enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, turma 2007/2008, e a colaboradora En^{fa} Elisa Ribeiro Fraga (IFF).

Você foi selecionado e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O objetivo desta pesquisa é contribuir na realização de um estudo sobre o processo de trabalho em uma UTIN, tendo como foco as relações que se estabelecem no desenvolvimento do cuidado.

Sua participação consistirá em participar de uma dinâmica de grupo, que envolverá questões sobre o processo de trabalho na unidade de tratamento intensivo neonatal, não havendo riscos relacionados com sua participação e o benefício será a melhora da qualidade de atendimento da instituição.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Patricia de Araújo Marques
 Telefone: (21)88717121
 E-mail: patriciaamarques2004@ig.com.br

Enirtes Caetano Prates Melo
 Telefone: (21)88894678
 E-mail: enirtes@globo.com.br

Elisa Ribeiro Fraga
 Telefone: (21)99649689
 E-mail: efraga@iff.fiocruz.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

Anexo 3: Modelo de Termo de Consentimento informado aos responsáveis dos Recém natos internados na Unidade Neonatal:



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
 Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **O PROCESSO DE TRABALHO EM UMA UNIDADE NEONATAL: “CONHECENDO AS REDES E DESATANDO OS NÓS”** que será desenvolvido pela coordenadora do projeto, Dr^a Enirtes Caetano Prates Melo; Patricia de Araújo Marques, mestranda da linha de pesquisa “O cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, de pesquisar e de ensinar em enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, turma 2007/2008, e a colaboradora Enf^a Elisa Ribeiro Fraga (IFF).

Você foi selecionado e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O objetivo desta pesquisa é contribuir na realização de um estudo sobre o processo de trabalho em uma UTIN, tendo como foco as relações que se estabelecem no desenvolvimento do cuidado.

Sua participação consistirá em responder uma entrevista semi-estruturada com questões referentes ao processo de trabalho na unidade de tratamento intensivo neonatal, não havendo riscos relacionados com sua participação e o benefício será a melhora da qualidade de atendimento da instituição.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Patricia de Araújo Marques
 Telefone: (21)88717121
 E-mail: patriciaamarques2004@ig.com.br

Enirtes Caetano Prates Melo
 Telefone: (21)88894678
 E-mail: enirtes@globo.com.br

Elisa Ribeiro Fraga
 Telefone: (21)99649689
 E-mail: efraga@iff.fiocruz.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

Anexo 4: Modelo do Roteiro da entrevista do responsável do caso 2:



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

Roteiro da entrevista:

Estudo: O processo de trabalho em uma UTI Neonatal: “Conhecendo as redes e desatando os nós”.

Pergunta:

Fale sobre a experiência vivida por você durante o processo de internação de seu bebê em uma UTI Neonatal.

Pontos a serem abordados:

Fatos revelantes sobre sua história obstétrica.

Como foi o nascimento do bebê?

Como foi o parto e sua internação na instituição?

Quais foram as intercorrências no período de internação do bebê que mais te marcaram?

Cite momentos especialmente bons e ruins da internação de seu bebê.

Relate pontos positivos e negativos vivenciados por você no período que seu bebê ficou internado na UTIN.

Destaque aspectos positivos e negativos relacionados com as equipes que assistiram o seu bebê na UTIN (principalmente no que se refere a equipe de enfermagem).

Houve algum profissional da UTIN que gostaria de destacar?

O que você achou da estrutura da UTIN? (ambiente físico, material, nº de pessoal, etc).

O que você achou do processo de trabalho na UTIN? (rotinas, condutas e procedimentos).

O que você achou dos resultados do tratamento do seu bebê na UTIN?

Durante a internação e após a alta, o que teve mais dificuldade e mais facilidade em aceitar?

Gostaria de dar alguma sugestão relativa à assistência prestada ao seu bebê na UTIN?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)