

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ
MESTRADO EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO

DANIELA DAL FORNO PEREIRA

INTERDISCIPLINARIDADE:
concepção e prática de profissionais de uma equipe de UTI neonatal

Itajaí, outubro de 2005.

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

DANIELA DAL FORNO PEREIRA

INTERDISCIPLINARIDADE:

concepção e prática de profissionais de uma equipe de UTI neonatal

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo

Itajaí, outubro de 2005.

PEREIRA, Daniela Dal Forno. **Interdisciplinaridade:** concepção e prática de profissionais de uma equipe de UTI Neonatal; orientador: Luiz Roberto Agea Cutolo. Itajaí: UNIVALI, 2005. 114 p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Vale do Itajaí. Centro de Ciências da Saúde. Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho.

Biblioteca da UNIVALI

DANIELA DAL FORNO PEREIRA

INTERDISCIPLINARIDADE:

concepção e prática de profissionais de uma equipe de UTI neonatal

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre e aprovada pelo Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde.

Linha de Pesquisa: Promoção e Educação em Saúde

Itajaí, 11 de outubro de 2005.

Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo
UNIVALI - CE de Itajaí
Orientador

Prof. Dra. Ingrid Elsen
UNIVALI - CE de Itajaí
Membro da Banca

Prof. Dra. Suely Grosseman
UFSC – Florianópolis
Membro da Banca

Este trabalho é dedicado

Ao meu amado companheiro e amigo Junior, pela compreensão e incentivo.

Aos meus queridos pais, por me amarem.

Aos recém-nascidos de alto risco.

Aos profissionais da saúde neonatal, motivo e fim de nosso trabalho.

E a Deus pela vida. Obrigado.

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus agradecimentos a todos os que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização deste trabalho e, especialmente:

- Ao professor Doutor Luiz Roberto Agea Cutolo, pelo apoio e compreensão para a realização deste trabalho.
- A Tia Célia Pegoraro (in memorian), pelo auxílio nos momentos difíceis e pelo computador que nos deu.
- A colega e amiga Sílvia Dias pelo apoio que sempre prestou.
- Aos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal por contribuírem para a realização deste trabalho e pelo tempo que trabalhamos juntos.
- A minha irmã Juliana, minha Dinda e minha cunhada Cárol por me emprestarem seus computadores em minhas idas e vindas.
- A professora Ingrid Elsen pelas sugestões enquanto membro da banca.
- A todos que de uma forma ou de outra me apoiaram

MEU MUITO OBRIGADA

“Nos dias atuais e no futuro também, a neonatologia continuará sendo uma atividade de equipe. Assim sendo, é importante que cuidemos de nossas equipes com sapiência, de forma a torná-las em instrumentos eficazes”.

AVERY

RESUMO

INTERDISCIPLINARIDADE: CONCEPÇÃO E PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DE UMA EQUIPE DE UTI NEONATAL

Pereira, Daniela Dal Forno¹; **Cutolo**, Luiz Roberto Agea²

Palavras-chave: Interdisciplinaridade. Equipe multiprofissional. Neonatologia. Comunicação.

Partindo do pressuposto que a interdisciplinaridade é uma necessidade para a prática de saúde, em decorrência da crescente complexidade dos problemas na área foi desenvolvido o presente um estudo. Com vistas a: conhecer a concepção e práticas interdisciplinares de profissionais da equipe; identificar se a equipe realiza práticas interdisciplinares, conhecer as possíveis formas de comunicação interdisciplinar da equipe; identificar as vantagens e desvantagens das práticas interdisciplinares em uma Unidade Neonatal; e através da observação, entender a efetivação da interdisciplinaridade na assistência do recém-nascido. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória do tipo diagnóstico com abordagem qualitativa a partir de uma coleta de campo baseada no método grupo focal e observação sistemática correlacionadas pela técnica de triangulação – em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. O sistema conceitual consta da conceituação de Interdisciplinaridade; Aspectos sobre Neonatologia e Equipe Neonatal. A Análise de Conteúdo foi utilizada como método de análise. As categorias foram classificadas de acordo com o que os participantes referiam-se a concepção do termo, sistematização da prática interdisciplinar, suas vantagens e suas desvantagens. Pode-se perceber que em alguns momentos existiu a troca entre o termo interdisciplinaridade e o trabalho em equipe ou em conjunto. A comunicação, tanto oral como escrita destacou-se por ser uma possível alavanca no processo interdisciplinar. Por outro lado à desconfiança, o desrespeito aos limites de cada profissional foram apontadas como dificuldades na implementação da interdisciplinaridade. Possíveis alternativas foram apontadas além do incentivo a novas pesquisas relacionadas à temática.

¹ - Enfermeira, Aluna do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI – SC. danieladalforno@yahoo.com.br

² - Médico, Pediatra, Doutor em Educação, Professor do Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI – SC. cutolo@univali.br

ABSTRACT

INTERDISCIPLINARITY: PROFESSIONAL CONCEPTION AND PRACTICE OF A NEW BORN CHILD UNITY STAFF.

Pereira, Daniela Dal Forno¹; Cutolo, Luiz Roberto Agea²

Keys-words: Interdisciplinarity. Multiprofessional staff. Neonatology. Communication.

Having in mind that interdisciplinarity is a necessity for healthy practice due to the increasing complexity of the problems in the area, this work was developed based on: knowing the interdisciplinarity practice and conception of the professionals in the staff; identifying whether the staff accomplishes these interdisciplinarity knowing the possible forms of communication of the staff; identifying the advantages and disadvantages of the interdisciplinarity practice in a new born child unity; and, through observation, understanding the real assets of the interdisciplinarity in the attendance of the new born. It is a described and an exploratory research of the diagnostic type with quality approach based on a field collect of the group focus method and systematics observation correlated by triangular technique – in a new born child Intensive unity. The conception system is based on the conception of interdisciplinarity; neonatology aspects and neonatal staff. The analysis of the contest was used as analysis method. The categories were classified according to what the participants referred to the conception of the term, the systematics of interdisciplinarity practice, their advantages and disadvantages. We can perceive that there were moments in which we can feel the exchange between the term interdisciplinarity and the staff work or in assemblage. The oral and writing communication became a lever in the interdisciplinarity process. On the other hand suspicion, disrespect to the limits of each professional were pointed out as difficulties in the usage of interdisciplinarity. Possible alternatives were pointed out beyond the incentive to have new researches related to the subject.

¹ - Enfermeira, Aluna do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI – SC. danieladalforno@yahoo.com.br

² - Médico, Pediatra, Doutor em Educação, Professor do Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI – SC. cutolo@univali.br

LISTA DE FIGURAS

1.1. Figura 1.....	20
1.2. Figura 2.....	21
1.3. Figura 3.....	21
1.4. Figura 4.....	23

LISTA DE APÊNDICES

1.1. Termos	105
1.1.1. Termo De Consentimento Livre E Esclarecido- I	105
1.1.2. Termo De Consentimento Livre E Esclarecido- II.....	106
1.2. Protocolo de Questionamento.....	107
1.3. Variáveis dos Participantes	108
1.4. Roteiro para o Encontro	109
1.5. Convite para a Participação na Pesquisa	110

LISTA DE ANEXOS

1.1. Termos Clássicos	111
1.2. Critérios para a implantação de UTI Neonatal	112

SUMÁRIO

RESUMO.....	IV
ABSTRACT	V
LISTA DE FIGURAS.....	VI
LISTA DE APÊNDICES	VII
LISTA DE ANEXO	VIII
APRESENTAÇÃO	11
CAPÍTULO I	12
I.1. INTERDISCIPLINARIDADE e a NEONATOLOGIA	12
CAPÍTULO II.....	17
II.1. PROBLEMÁTICA DO ESTUDO	17
II.2. OBJETIVOS.....	17
II. 2.1. Geral.....	17
II. 2.2.Específicos	17
CAPÍTULO III	18
III.1. SISTEMA CONCEITUAL	18
III.1.1. Contextualização da Interdisciplinaridade.....	18
III.1.2. Aspectos Históricos e Conceituais sobre Neonatologia	26
III.1.2.1. Aspectos Históricos	26
III.1.2.2. Neonatologia E Unidade De Terapia Intensiva Neonatal.....	36
III.1.2.3. Classificação Do Recém-Nascido	41
III.1.3. EQUIPE NEONATAL E INTERDISCIPLINARIDADE	42
CAPÍTULO IV.....	49
IV.1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	49
IV.1.1. Procedimento Ético	49
IV.1.1.1. Parecer Ético.....	49
IV.1.1.2. Sigilo	49

IV.1.2. Base Teórica.....	49
IV.1.3. Amostragem	50
IV. 1.3.1. Critério de Inclusão	50
IV. 1.3.2. Participantes	50
IV.1.4. Localização da Pesquisa.....	51
IV.1.5. Contatos.....	51
IV.1.6. Coleta de Dados	52
IV.1.7. Encontro	55
IV.1.8. Análise dos Dados.....	55
CAPÍTULO V	57
V.1. INTERDISCIPLINARIDADE EM PESQUISA.....	57
CAPÍTULO VI.....	60
VI.1. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	60
VI.1.1. Caracterização dos Sujeitos.....	60
VI.1.2. Grupo Focal.....	60
VI.1.3. Práticas Profissionais.....	85
CAPÍTULO VII.....	95
VII.1. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
VII.1.1. Síntese da Discussão	95
VII.1.2. Síntese Propositiva e Novas possibilidades de Investigação	96
VII.1.3. Limitações	97
VII.1.4. Recomendações	97
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICES	105

APRESENTAÇÃO

A dissertação de Mestrado **INTERDISCIPLINARIDADE**: concepção e prática de profissionais de uma equipe de UTI neonatal é o resultado de uma pesquisa científica composta de informações, cujo objetivo, é permitir aos profissionais da saúde e estudantes, conhecerem a concepção de práticas profissionais interdisciplinares em uma equipe de UTIN. Neste trabalho é possível identificar, a partir dos dados coletados, o modo como uma determinada equipe neonatal realiza sua assistência interdisciplinarmente.

Desejamos com esta pesquisa, estimular os leitores a detectar a importância da interdisciplinaridade, e que as informações aqui contidas possam suscitar reflexões, tornando mais consciente e eficiente o desempenho profissional.

A seguir destacamos uma breve síntese de cada capítulo integrante desta pesquisa:

CAPÍTULO I – Realiza-se inicialmente uma breve descrição sobre os interesses que conduziram este estudo, assim como uma familiarização sobre neonatologia e interdisciplinaridade.

CAPÍTULO II – Apresentação da problemática que instigou a pesquisa que se desdobrou nos objetivos propostos.

CAPÍTULO III – Este capítulo trata dos conceitos referentes à temática através de um referencial bibliográfico sobre Interdisciplinaridade, Aspectos Históricos e Conceituais da ciência Neonatologia e a correlação entre Neonatologia e Interdisciplinaridade.

CAPÍTULO IV – Os Procedimentos Metodológicos compõem esse capítulo dividindo-se em oito itens que vão desde a Base Teórica da pesquisa até o meio utilizado para a Análise de Dados.

CAPÍTULO V – Este breve capítulo engendra a problemática sobre interdisciplinaridade em pesquisa.

CAPÍTULO VI – Breve caracterização dos sujeitos pesquisados. Descrição dos resultados obtidos através dos métodos Grupo Focal e Observação Sistemática correlacionados pela Técnica Triangulação.

CAPÍTULO VII – O último capítulo divide-se em: Síntese da Discussão, Síntese Propositiva e Novas possibilidades de Investigação, Limitações e Recomendações.

CAPÍTULO I.

I. 1. INTERDISCIPLINARIDADE e a NEONATOLOGIA

O interesse pela temática surgiu durante o segundo ano do curso de mestrado quando o conhecimento pela prática interdisciplinar instigou-me a investigar a realidade de profissionais de saúde, relacionado-a a interdisciplinaridade. Já a escolha do local, ou seja, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal deu-se por dois motivos básicos, o primeiro, por já ter trabalhado em uma Unidade Neonatal e possuir afinidade com a área e segundo, por ter sido professora do Curso Técnico de Enfermagem nas disciplinas de Assistência a Criança e Assistência ao Recém-nascido em Estado Grave.

O recorte de investigação passa por uma categoria que recentemente iniciou sua investigação no âmbito da saúde, a interdisciplinaridade. Confesso que como enfermeira recém formada, apenas no mestrado tive a oportunidade de adquirir conhecimentos mais aprofundados sobre práticas interdisciplinares.

Algumas características vislumbradas na graduação e também em meu cotidiano profissional mostraram realmente a necessidade de agir em equipe e esta ação ocorre “naturalmente” quando o bem-estar de um paciente é o objetivo final. Entretanto, percebe-se que este trabalho em equipe restringe-se a partir do momento em que os próprios profissionais consideram-se conhecedores absolutos de sua prática, não interagindo com profissionais de outra formação e nem permitindo a interação para a escolha de uma conduta adequada.

Além do interesse pela temática, as estatísticas sobre UTIN confirmam o aumento de recém-nascidos graves, pois conforme afirma Beal *apud* Costenaro (2001), nas últimas duas décadas, os neonatos têm atingido um terço ou mais dos pacientes pediátricos hospitalizados em todo o país. Anualmente, nascem nos EUA aproximadamente 50.000 RN com peso abaixo de 1500 gramas, que representam 1,2% dos nascidos vivos. Destes, 85% sobrevivem ao período neonatal, sendo que de 25 a 50% apresentam algum grau de alteração em seu desenvolvimento e, aproximadamente de 5 a 15%, são portadores de encefalopatia hipóxica-isquêmica não progressiva (HERNANDEZ, 2003).

No Brasil o índice de mortalidade infantil, embora decrescente nos últimos dez anos, passou de 49,40% em 1990 a 33,1% em 2000, porém ainda atinge níveis muito elevados

(DATASUS *apud* HERNANDEZ, 2003). A mesma fonte cita ainda que dentre as principais causas detectadas encontram-se as condições perinatais, e destas, o baixo peso, a prematuridade e as infecções respiratórias têm papel preponderante. Mais especificamente ainda, no estado de São Paulo, entre 1994 e 2000, o percentual de nascidos vivos com peso abaixo de 2500 gramas é da ordem de 8,68%. Se utilizarmos os parâmetros apontados na bibliografia estrangeira, podemos concluir que a população que sobrevive com seqüelas em seu desenvolvimento é grande e requer atendimento diferenciado e o mais precocemente possível.

A desigualdade social no Brasil é um agravante que possui conseqüências para a mortalidade infantil como um todo, mas também sobre a mortalidade neonatal, portanto cabe aqui citar as principais determinações sociais desta mortalidade neonatal: a questão da renda familiar; a informação; a alimentação materna; o acesso ao pré-natal; e o acesso a UTI Neonatal e as infecções congênitas.

A presença ou não destas questões irá determinar as condições do parto e a assistência ao recém-nascido em seu primeiro mês de vida, portanto, o conhecimento de seu histórico familiar é sumamente importante para a efetivação de seus cuidados. Salienta-se também que a prática interdisciplinar neste período torna-se fundamental na luta contra a mortalidade, assim como na luta para evitar que recém-nascidos de alto-risco adquiram seqüelas provenientes de falhas na assistência.

Mas afinal, o que significa interdisciplinaridade? De que maneira ela pode ser caracterizada? Existe atualmente um enfoque interdisciplinar em disciplinas voltadas para a área da saúde? Será possível afirmar que as práticas interdisciplinares são indispensáveis para a atuação em uma equipe de saúde? Estes questionamentos assim como outras dúvidas surgem quando esta temática é alvo de discussão. Talvez estas discussões justifiquem-se por ser a interdisciplinaridade também um processo de atuação considerado recente na área da saúde, que, no decorrer desta investigação tentar-se-á responder estes questionamentos.

Ao analisar a interdisciplinaridade, Loureiro (1992) afirma que esta é uma necessidade para a prática de saúde, em decorrência da crescente complexidade dos problemas na área. Entretanto, conforme Santomé (1998), analisando numericamente, não são freqüentes as instituições (organizações) que se dedicam exclusivamente a promoverem de modo explícito as abordagens interdisciplinares, a refletirem e pesquisarem o que a interdisciplinaridade implica.

A interdisciplinaridade como objeto de pesquisa em saúde foi utilizada por Rees (2000), na emergência de um hospital mostrando a importância do trabalho cooperativo, no sentido de redução de erros cometidos pela equipe prestadora de serviços assistenciais. Assim como o trabalho apontado por Rees, esta pesquisa mostrou a importância do trabalho cooperativo de uma equipe multiprofissional, sendo o grupo a ser investigado neste trabalho constituído por profissionais atuantes em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e suas compreensões sobre a categoria interdisciplinaridade.

Inicialmente, o grupo de profissionais da UTI compunha-se de um núcleo bastante restrito – médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Ao longo dos últimos anos este vem agregando, vários outros membros. Este fato reflete, sem dúvida, o aumento de complexidade no atendimento dispensado aos pacientes críticos, em grande parte devido a vertiginosa evolução tecnológica, com a conseqüente necessidade cada vez maior de especialização (ORLANDO, 2002).

A “disciplinização” ocorreu também como resposta a complexidade dos objetos. Através da “disciplinização” conseguiu-se maior aprofundamento da disciplina específica e isso foi muito importante para o desenvolvimento da tecnologia, metodologias e do conhecimento. O problema é que a “disciplinização”, pelo fato de ser fragmentadora, afastou-se cada vez mais da visão de totalidade. A interdisciplinaridade visa à construção de uma aproximação da visão de totalidade, ou melhor dizendo, da integralidade; cada qual, dentro de uma visão disciplinar, dentro da sua especificidade, contribuindo para um projeto coletivo.

Costenaro (2001), em sua tese de doutorado sobre ambiente terapêutico em UTI Neonatal, cita os seguintes membros da equipe multidisciplinar de saúde: enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas e graduandos de medicina e enfermagem. Sem dúvida, estes profissionais são considerados a estrutura principal de uma equipe de serviço em UTIN, contudo, neste trabalho tentou-se incluir outros profissionais considerados fundamentais para a recuperação de recém-nascidos de alto-risco como, por exemplo, fonoaudióloga, nutricionista, cirurgião pediátrico, bioquímico e psicóloga.

Parte-se do pressuposto básico que a dificuldade de execução de práticas interdisciplinares no cotidiano da equipe está relacionada com a formação que os profissionais receberam em seus ambientes de graduação universitária. São as práticas curriculares, em seu sentido mais amplo, que determinam o perfil do profissional de saúde e sua conseqüente intervenção (CUTOLO, 2001).

Para que esta prática interdisciplinar seja realmente efetiva julga-se necessário que além dos profissionais quererem atuar desta forma é necessário disponibilizar material bibliográfico para que a equipe possa entender a complexidade e os benefícios da interdisciplinaridade em uma UTI Neonatal.

A Terapia Intensiva é, por definição, uma área de convergência multiprofissional, dentro do sistema de atendimento hospitalar. Os resultados de suas atividades dependem sensivelmente do estreito relacionamento entre os membros da equipe e da colaboração interdisciplinar (ORLANDO, 2002). Complementando a citação anterior, Bassetto *et al* (1998) afirmam que a essência do conceito de equipe é que todos os membros trabalhem em cooperação, sendo que um dos aspectos mais importantes é a comunicação interpessoal. Tal comunicação deve ser simples e objetiva, visando à troca de informações entre os profissionais a respeito do recém-nascido, para que o plano de ação seja constantemente avaliado na sua eficácia.

Costenaro (2001), afirma que algumas rotinas em UTI Neonatal devem ser repensadas, assim como a equipe deveria se entrosar mais, principalmente, profissionais da enfermagem e medicina. A organização da dinâmica de trabalho implica em melhor comunicação entre enfermeiros e médicos, promovendo reuniões interdisciplinares. Os profissionais precisam aceitar seus limites de atuação e respeitar a função de cada um.

Em continuidade a mesma autora recomenda que os profissionais de saúde que se comprometam com o cuidado humanizado ao recém-nascido, conquistando condições para a criação e implementação de um ambiente terapêutico na unidade de terapia intensiva neonatal. Soares *et al* (2001) descrevem a UTI como um local em que os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde possuem objetivos comuns, ou seja, a equipe trabalha pelo mesmo fim. Esta idéia permite maior interação bem como relacionamento maior interesse entre as pessoas, nos aspectos ligados ao paciente, á família, à equipe e ao ambiente.

A Neonatologia é um campo vasto em desenvolvimento em suas dimensões de pesquisa, ensino e assistência. É um campo jovem, uma subespecialidade da pediatria que se ocupa do recém-nascido, ou seja, do ser humano nas primeiras quatro semanas de vida (VIEGAS *et al*, 1986). Tem por finalidade a assistência ao recém-nascido, bem como a pesquisa clínica, sendo sua principal meta a redução da mortalidade e morbidade perinatais e a procura da sobrevivência do recém-nascido nas melhores condições funcionais possíveis (MARCONDES *et al*, 1991).

Acredita-se que a presente pesquisa possa contribuir para o debate sobre formação de novas práticas interdisciplinares em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, além de fornecer subsídios para projetos potenciais que eduquem os profissionais da área da saúde dentro de uma perspectiva dialógica de construção de conhecimento e práticas plurais que atendam à nova demanda da complexidade do processo saúde-doença.

Segundo Avery (1999) “nos dias atuais e no futuro também, a neonatologia continuará uma atividade de equipe e assim sendo, é importante que cuidemos de nossas equipes com sapiência, de forma a torná-las instrumentos eficazes” (p. 5).

CAPÍTULO II.

II. 1. PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

O interesse prático dessa pesquisa envolveu o seguinte problema: Quais os conhecimentos e práticas que a equipe neonatal possui sobre interdisciplinaridade?

Esta questão desdobra-se nos seguintes objetivos de estudo:

II. 2. OBJETIVOS

II. 2.1. GERAL

Conhecer a concepção e práticas interdisciplinares de profissionais de uma equipe de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

II. 2.2. ESPECÍFICOS

- Identificar as práticas interdisciplinares realizadas pela equipe pesquisada.
- Conhecer as possíveis formas de comunicação interdisciplinar na equipe;
- Identificar as vantagens e dificuldades das práticas interdisciplinares como meio de execução em uma Unidade Neonatal;
- Através da observação, entender a efetivação da interdisciplinaridade na assistência.

CAPÍTULO III.

III. 1. SISTEMA CONCEITUAL

Para melhor compreensão dos leitores este capítulo compreende a revisão dos seguintes temas: Contextualização da interdisciplinaridade; Aspectos históricos e conceituais sobre neonatologia; Equipe Neonatal e Interdisciplinaridade na Equipe.

O problema que motiva este trabalho, indaga sobre as práticas interdisciplinares, Conforme Gil (2002), para responder adequadamente a pergunta, julga-se necessário que o questionamento seja claro e preciso, então, o primeiro momento ocorrerá a partir da contextualização (base conceitual) sobre interdisciplinaridade, o que é, sua definição, como ocorre, principais problemas e obstáculos, como os profissionais de saúde podem agir para atender a saúde interdisciplinarmente e esclarecer as concepções de interdisciplinaridade, multidisciplinaridade, transdisciplinaridade e pluridisciplinaridade.

Entender e diferenciar as categorias disciplinares além da sistemática sobre interdisciplinaridade é uma das empreitadas deste momento da pesquisa. Japiassú (1976) lembra que:

interdisciplinaridade não possui um sentido epistemológico único e estável. Trata-se de um neologismo cuja significação nem sempre é a mesma e cujo papel nem sempre é compreendido da mesma forma (p. 72).

III. 1.1. Contextualização da Interdisciplinaridade

Cutolo (2004) afirma que:

a interdisciplinaridade tem sido objeto constante de pauta quando se pretende discutir as ciências da saúde. Embora a palavra tenha recebido tratamento sistemático, pouco se tem categorizado o que se pretende dizer sobre ela (p.1).

A partir de discussões sistemáticas durante o mestrado pode-se perceber que muitas pessoas utilizam o termo interdisciplinaridade com vários sentidos e diversas vezes utilizam-na de maneira errônea. Confusões estas proporcionadas principalmente devido à semelhança na escrita com outras palavras (multi, pluri e transdisciplinaridade).

Para Bordoni (2004) a interdisciplinaridade trata-se de um termo que não tem significado único, possuindo distintas interpretações, mas em todas elas está implícita uma nova postura diante do conhecimento, uma mudança de atitude em busca da unidade do pensamento. Desta forma, a interdisciplinaridade difere da concepção de pluri, trans ou multidisciplinaridade.

A idéia da interdisciplinaridade já é citada desde a Grécia antiga onde os filósofos preocupavam-se em ver o homem de maneira integral. Mesmo assim, conceituar a interdisciplinaridade não é missão fácil ou tema esgotado, pois se trata de um conceito teórico que depende da percepção do sujeito que se propõe a esta tarefa (DIAS *et al*, 2003).

Freqüentemente pode-se confundir a interdisciplinaridade com trabalho em equipe na resolução de um problema prático. Este tipo de atuação apresenta-se mais como uma atuação pluridisciplinar, onde várias disciplinas atuam simultaneamente, sem levar em conta as relações que possam existir ou uma possível cooperação entre as diversas áreas do saber (JAPIASSÚ, 1976).

Nesta reflexão, tentar-se-á responder questionamentos e clarear um pouco a compreensão sobre o conceito de interdisciplinaridade, sua relação com multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade ou transdisciplinaridade e as ações que fomentam a sua prática. Cutolo (2004) acha importante uma aproximação destes conceitos no sentido de minimamente, “limpar a área” já que eles são usados muitas vezes como sinônimos ou com sentidos plurais.

Primeiramente, iniciarei referenciando Cutolo que recentemente publicou um artigo no Fórum Catarinense de Escolas de Enfermagem sobre a Interdisciplinaridade e Ciências da Saúde. Neste artigo, Cutolo (2004) realiza um esclarecimento, que usarei a seguir como estrutura de definição sobre pluridisciplinaridade, multidisciplinaridade e transdisciplinaridade usando as categorias epistemológicas de Fleck (1986) no qual qualificou as profissões como sendo diferentes Coletivos de Pensamento fundamentadas, cada qual, dentro do seu Estilo de Pensamento, ou seja, dentro de um olhar estilizado que permeia um

conjunto de regras para a abordagem e resolução de um problema, baseados numa formação específica e diferenciada com marco conceitual identificado.

Evitando encerrar o significado como uma definição fechada, Cutolo (2004), optou pelas aproximações de Japiassú (1976) modificadas. Na tentativa de tornar estes termos mais compreensíveis, representou espacialmente o que será dito.

A multidisciplinaridade indica uma execução de ações por disciplinas desprovidas de objetivos comuns e que ocorre sem qualquer aproximação ou cooperação. Segundo Vasconcelos (2002), a prática multidisciplinar é uma gama de campos de saber que atua simultaneamente, mas, sem fazer aparecer as relações existente entre eles. Possui um sistema de um só nível e de objetivos isolados. Na ilustração a seguir é possível perceber a ausência de proximidade entre distintas disciplinas:

MULTIDISCIPLINARIDADE

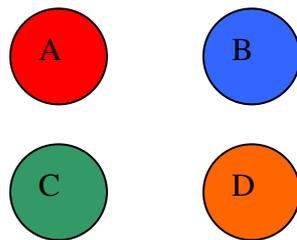


Figura 1(Fonte: Cutolo, 2004)

Na pluridisciplinaridade há um núcleo comum, aparecendo uma relação, com certo grau de colaboração, mas sem uma ordenação; haveria um toque, um tangenciamento entre as disciplinas. Estas duas terminologias são freqüentemente colocadas como sinônimo o que necessariamente não se constituiria um erro. Entretanto, algumas vezes chama-se de multidisciplinar o que Japiassú (1976) chama de pluridisciplinar, ou seja, quando um problema comum é tratado de forma seqüencial ou paralela por disciplinas específicas. Novamente, utilizo a ilustração para demonstrar o princípio que segue esta prática:

PLURIDISCIPLINARIDADE

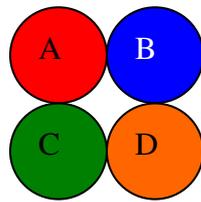


Figura 2 (Fonte: Cutolo, 2004)

A transdisciplinaridade como processo é referida como trabalho coletivo que compartilha “estruturas conceituais, construindo juntos teorias, conceitos e abordagens para tratar problemas comuns” (ROSENFELD *apud* PERINI *et al* 2001, p. 103). Neste caso, a disciplina em si perde o seu sentido e não há limites precisos nas identidades disciplinares. A afirmação de Zemelman, *apud* Bordoni (2004), complementa a idéia de Rosenfeld, pois ele cita que:

a transdisciplinaridade é a reunião das contribuições de todas as áreas do conhecimento num processo de elaboração do saber voltado para a compreensão da realidade, a descoberta de potencialidades e alternativas de se atuar sobre ela, tendo em vista transformá-la (p. 1).

Já a ilustração da transdisciplinaridade diferencia-se das duas anteriores, pois esta prática caracteriza-se pela ausência de limites, o que não pode ser percebido na multi e pluridisciplinaridade.

TRANSDISCIPLINARIDADE

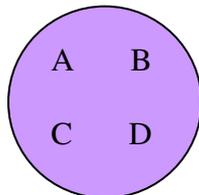


Figura 3 (Fonte: Cutolo, 2004)

As escolas se esforçam em criar projetos interdisciplinares, universidades se alvoroçam para criar grupos de estudo com especialistas nas diversas áreas do conhecimento e o mercado exige profissionais interdisciplinares, multitarefa. Para Fazenda (2001), a

interdisciplinaridade “é tentar formar alguém a partir de tudo que você já estudou em sua vida” (p.1). O objetivo dessa metodologia, na sua opinião, também é bem mais profundo do que procurar interconexões entre as diversas disciplinas. Ela serve para “dar visibilidade e movimento ao talento escondido que existe em cada um de nós” (p. 1). Não existe interdisciplinaridade sem disciplinas. “É preciso haver um respeito à disciplina”, cita.

Em concordância com essa autora, Olguin (2002) refere à afirmação de Avelino Pereira que:

a interdisciplinaridade começa no entendimento de que a complexidade dos mundos físico e social requer que as disciplinas se articulem, superando a fragmentação e o distanciamento, para que possamos conhecer mais e melhor (p.1).

Ainda Fazenda (1991) caracteriza a interdisciplinaridade...

pela intensidade das trocas entre os especialistas e pela integração das disciplinas num mesmo projeto de pesquisa (...). Em termos de interdisciplinaridade ter-se-ia uma relação de reciprocidade, de mutualidade, ou, melhor dizendo, um regime de co-propriedade, de interação, que irá possibilitar o diálogo entre os interessados. A interdisciplinaridade depende então, basicamente, de uma mudança de atitude perante o problema do conhecimento, da substituição de uma concepção fragmentária pela unitária do ser humano (p. 31).

Esta é uma justificativa para se buscar a interdisciplinaridade. O nosso objeto (saúde-doença) têm determinantes e condicionantes tão complexos que uma visão única, fragmentada, disciplinar não se sustenta. Existe uma exigência interna de visão plural. A interdisciplinaridade segundo Gomes (1997, p.34):

emerge da forma como cada profissional percebe e se apropria do seu saber, da sua profissão, das suas funções, dos seus papéis e também das expectativas que possa ter em relação ao outro, em relação à sua tarefa e em relação à sua vida.

Relacionada à Ciência da Saúde, Cutolo (2004) afirma objetivamente que a interdisciplinaridade é a relação articulada entre as diferentes profissões da saúde. O encontro destas diferentes profissões pode ser observado em diversos meios, como saúde pública, saúde ambulatorial, saúde hospitalar, assim como também em cuidados intensivos e, particularmente, cada uma destas áreas contém profissionais com qualificações semelhantes, ou melhor, todos os profissionais médicos necessariamente graduaram-se em medicina,

entretanto, em distintas faculdades, distintas regiões, possuindo uma cultura diferente em um momento diferente. E é nessa diversidade de cada profissional que a interdisciplinaridade surge como uma prática enriquecedora para a equipe, pois como anteriormente afirmou Cutolo, a articulação dos profissionais, suas experiências e vivências características a partir da troca de informações irão determinar em uma equipe o aperfeiçoamento necessário para atender o paciente da melhor forma possível.

A prática interdisciplinar nos envolve no processo de aprender a aprender, no qual a partir da articulação de outros conhecimentos torna-se viável absorvermos novos ensinamentos ao mesmo tempo em que transmitimos nossos saberes visando a um objetivo comum na área da saúde: o bem-estar do paciente.

Os resultados efetivos de uma abordagem interdisciplinar são constatados na medida em que o profissional aumenta sua capacidade de solucionar problemas de saúde que sem a incorporação do saber interdisciplinar em sua prática poderiam ficar sem uma solução.

INTERDISCIPLINARIDADE

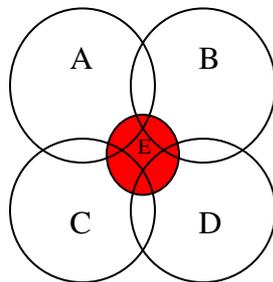


Figura 4(Fonte: criação da autora)

De acordo com Gomes (1997), a interdisciplinaridade é um processo que visa basicamente ao desenvolvimento da comunicação entre os diversos saberes, entre diferentes trabalhadores em saúde, entre si e o mundo. Esta comunicação é possível perceber na ilustração acima onde o círculo E representa o ponto de convergência ou núcleo articulador entre os demais círculos, entretanto, mantém a particularidade de cada setor.

Como núcleo articulador dos diferentes Coletivos de Pensamento Cutolo (2004) utilizou a categoria Objeto Fronteiriço ou Objeto Limítrofe (*boundary object*). Esta categoria não foi desenvolvida por Fleck, mas pelos sociólogos de tradição sócio-interacionista da Escola de Chicago, dentre eles Star & Griesemer. Objeto Fronteiriço poderia ser entendido como conceitos, técnicas, materiais de domínio de uma área (ou de um coletivo de

pensamento) que possui compatibilidade com outros coletivos (CUTOLO, 2001). Ou, como prefere Löwy (1994), uma área de domínio comum, que sofre cooperação de mais coletivos de pensamento para sua compreensão.

Löwy (1994) afirma que o objeto fronteiroço teria o papel central na cooperação entre distintos mundos sociais. Esta categoria foi criada com o intuito de facilitar as interações, cooperações e traduções entre mundos sociais diferentes.

O objeto fronteiroço representa saberes e práticas que podem habitar vários mundos sociais (posso considerá-los coletivos de pensamento), intersectados entre si, satisfazendo ao mesmo tempo as necessidades de cada um. São objetos que se moldam e se adaptam muito bem às necessidades de cada mundo social.

Segundo Cutolo (2004), como exemplares um objeto fronteiroço poderia ser:

1. Uma área do conhecimento: Saúde infantil
2. Uma prática gerenciada: Programa Saúde da Família
3. Um problema: Respiração bucal

Numa relação pluridisciplinar um paciente com respirador bucal poderá primariamente ser atendido pelo médico de família. Uma vez diagnosticado poderá ser encaminhado ao otorrinolaringologista que uma vez verificado as condições do palato do paciente o encaminha ao ortodontista e ao fonoaudiólogo. Como vemos, cada qual realiza o seu trabalho separadamente sem cooperação direta. Numa perspectiva interdisciplinar a abordagem do problema seria vista conjuntamente, bem como a busca de soluções criativas para resolvê-lo.

Fazenda (1991) define a interdisciplinaridade, como uma relação de reciprocidade, a substituição de uma concepção fragmentária para uma visão integradora, na qual todo o conhecimento é igualmente importante. O diálogo torna-se a única condição de possibilidade de interdisciplinaridade. A primeira condição de efetivação da interdisciplinaridade é o tornar-se necessária uma formação adequada que proponha uma educação na arte de entender e articular.

Muitos autores, principalmente Ivani Fazenda, relacionam a interdisciplinaridade com a expressão “aprender a aprender” e também com o desenvolvimento da comunicação. Pode-se entender, partindo deste pressuposto, que, apesar da polissemia do termo, a interdisciplinaridade possui dentre seus objetivos o interesse de realizar uma prática sem monopólio do saber, exigindo disposição, busca de conhecimento de diversos assuntos para

que no conteúdo final obtenha-se um objetivo comum. Assim como um recorte das disciplinas relacionadas às ciências da saúde, como por exemplo, uma equipe neonatal.

Cutolo (2004) acredita que a polissemia que a interdisciplinaridade desperta pode ser entendida, pelo menos parcialmente, na medida em que se recorta o seu significado dentro do objeto específico que se pretende investigar ou enfrentar. Sendo assim, nesta pesquisa tentaremos romper a polissemia do termo interdisciplinaridade através de:

1º Categorização

2º Com o recorte da pesquisa

Uma pessoa pode afirmar que a Bioquímica é fruto da relação interdisciplinar entre a biologia e a química e essa afirmação não seria incorreta. Mas nosso recorte de pesquisa é outro. Portanto a interdisciplinaridade deve ser categorizada e recortada.

Conforme Nunes *apud* Meirelles (2003), a saúde, ao se encaminhar como proposta centrada na vida dos homens poderá encontrar nas práticas interdisciplinares um espaço privilegiado para repensar teorias, inovar as formas de pensar a saúde, a doença e a prestação de serviços e se concretizar num movimento que aglutine o saber e os sujeitos desse saber.

As práticas interdisciplinares, por sua vez, são entendidas como promovendo mudanças estruturais, gerando reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência a horizontalização das relações de poder entre os campos implicados, colocando em comum os princípios e conceitos fundamentais de cada campo original, em um esforço conjunto de decodificação em linguagem mais acessível dos próprios campos originais e de tradução de sua significação para o senso comum, identificando as diferenças e as eventuais convergências entre esses conceitos e permitindo uma comparação contextualizada.

Desta forma, abre-se caminho para uma aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura linear, mas por uma recombinação dos elementos internos (VASCONCELOS, 2002). A interdisciplinaridade evolui, no exercício da própria prática dos indivíduos. Constata-se que o pensamento contemporâneo evidencia-se na necessidade de articulação simultânea, simplificando-as numa linguagem compreensível a todos (GOMES, 1997).

Sendo assim, a prática interdisciplinar pressupõe a possibilidade de minimizar a hegemonia dos saberes, de projetá-los numa mesma dimensão epistemológica, sem negar os limites e a especificidade nas disciplinas.

Conforme Vasconcelos (2002), a proposta de práticas interdisciplinares relaciona-se com uma ‘sombra’ espessa de um conjunto de estratégias de saber/poder, de competição intra e intercorporativa e de processos institucionais e sócio-culturais muito fortes, que impõem barreiras profundas à troca de saberes e às práticas interprofissionais colaborativas e flexíveis.

Para Japiassú (1976), o interdisciplinar seria a *interação* entre duas ou mais disciplinas, podendo ir da simples comunicação de idéias até a integração mútua dos conceitos, da epistemologia, da terminologia, da metodologia, dos procedimentos, dos dados e da organização da pesquisa [...] o objetivo utópico do interdisciplinar é a unidade do saber.

A interdisciplinaridade como prática visa basicamente ao desenvolvimento da comunicação entre diferentes saberes entre diferentes profissionais e entre eles e o mundo do senso comum. Através da criação de uma linguagem comum a todos, estabelece-se uma ponte que viabiliza tanto uma maior compreensão do saber do outro, quanto do seu próprio saber, facilitando o processo de comunicação interpessoal (GOMES, 1997).

III. 1.2. Aspectos Históricos e conceituais sobre a Neonatologia

III. 1.2.1. Aspectos Históricos

No passado, a morte de bebês frágeis ou doentes era considerada um destino natural. Na verdade, qualquer tentativa de prolongar vidas tão frágeis era vista como um desafio à natureza. Essa mentalidade começou a mudar no fim do século XIX, quando alguns médicos na Europa deram início a um tratamento pioneiro.

A história do surgimento da Neonatologia é relatada por Avery (1984) em seu livro "Neonatologia, Fisiologia e Tratamento do Recém-Nascido". Segundo esse autor, a Neonatologia, como especialidade, surgiu na França. Um obstetra, Dr Pierre Budin, resolveu estender suas preocupações além da sala de parto e criar o Ambulatório de Puericultura no Hospital Charité de Paris, em 1892. Posteriormente, chefiou um Departamento Especial para Debilitados, estabelecido na Maternidade por Madame Hery, antiga parteira chefe. Neste local, Budin desenvolveu uma série de estudos, chamando a atenção para a necessidade do

controle da temperatura, do tempo da gestação, relacionando o peso do bebê, higiene, alimentação e presença da mãe como fator fundamental para a sobrevivência das crianças.

Em concordância com a afirmação acima a *Sociedad Medical Lanquihue* relata que ainda neste mesmo ano, Dr. Budin escreveu o livro “Consultations de Nourrissons” para lactentes com problemas, nascidos de parto prematuro e distingue os lactentes em pequenos e grandes para idade gestacional e, em 1900, publica o livro “*Le Nourrissons*” (A enfermaria) na França, considerando mundialmente estes os primeiros passos no ramo da Neonatologia, o que levou o obstetra a ficar conhecido como um dos pais da Neonatologia (LISBOA, 1990). Entretanto, uma organização Norte-americana chamada *Neonatology* (2004), disponível na *web*, apresenta um relato histórico da evolução mundial sobre a especialidade Neonatologia, descritos a seguir, que antecedem os passos de Pierre Budin.

Soranus de Ephesus, médico grego, praticante em Roma, entre 98-138 DC escreveu sobre o cuidado do recém-nascido, sendo considerado este documento o mais antigo sobre neonatologia exercendo grande influência até o século XV. Neste mesmo século surge a concepção que o recém-nascido possui alma, ou seja, tem sentimentos, sente dor, frio, calor, entre outros.

Cinco séculos mais tarde, mais precisamente em 1753, Roederer realiza a primeira publicação sobre a média correta entre o peso de nascimento e comprimento, e em 1780, Chaussier utiliza pela primeira vez o oxigênio em recém-nascido. Entretanto, o uso deste gás para prematuros foi estabelecido pela primeira vez por Tarnier somente em 1889, e relatado na literatura apenas em 1891 por Bonnaire.

Em Paris, o primeiro hospital pediátrico “*Hospital de Enfants Malades*”, foi inaugurado em 1802, e neste mesmo ano, Heberden publica uma descrição sobre a hidrocefalia em bebês, caracterizada por ser uma anomalia congênita do encéfalo (KENNER, 2001) comumente encontrada em UTIs Neonatais atualmente. Outra anomalia comum em recém-nascidos, a onfalocele, teve seu primeiro relato em 1803, quando o médico Hey realizou o primeiro fechamento cirúrgico bem sucedido.

Relacionando com práticas assistenciais em RN, a evolução começou a partir de 1821, quando La Jumeau demonstra pela primeira vez publicamente a ausculta da frequência cardíaca fetal. Em 1834, Blundell descreve a intubação endotraqueal para a reanimação do

recém-nascido. Marchant descreve pela primeira vez, em 1851, a alimentação por gavagem em bebês.

Uma “engenhoca”, baseada na máquina de chocar ovos, era usada para aquecer os bebês que nasciam com hipotermia. Esse aparelho ganhou o nome de *couveuse* ou, traduzindo, incubadora (UNGERER e MIRANDA, *apud* TASCA *et al.* 2002). Tronchini e Toma (1996), relatam que as primeiras incubadoras foram projetadas por Tarnier e adaptadas a partir de câmara de aquecimento de frangos. A evolução da incubadora iniciou em 1857, quando Denucé realiza a primeira descrição publicada de uma incubadora na literatura ocidental e só em 1880 em Paris, Tarnier e Martin apresentam publicamente uma incubadora fechada. Em 1891, Lion desenvolve a incubadora termorregulada, posteriormente, foi industrializada por Paul Altmann, em Berlim. Neste mesmo ano, Rotch cria a primeira incubadora portátil em Boston.

Martin Cooney, discípulo de Budin, em 1896, expôs em Berlim uma sofisticada incubadora para crianças, e começou a produzi-la em escala industrial. Em 1904, Cooney levou as incubadoras para os Estados Unidos e percorreu todo o país, obtendo enorme êxito comercial. Depois de rico, Cooney instala uma fábrica de incubadoras e passa a viver nos Estados Unidos em uma cidade que até hoje leva seu nome: Cooney Island (LISBOA, 1990).

Em 1861, Litte, descreve a Paralisia Cerebral (PC), relacionando-a com a asfixia e o nascimento traumático. No ano de 1879, uma descoberta em neonatologia foi realizada por Credé que estabeleceu o uso de nitrato de prata nos olhos dos recém-nascidos, como prevenção de Conjuntivite Gonocócica, método utilizado até hoje nas maternidades.

No séc. XIX, Sundin, em Paris, aplicava princípios científicos no cuidado ao recém-nascido, por meio de estudos relacionados com a conservação de energia, métodos de termorregulação, nutrição, crescimento e desenvolvimento, especialmente em crianças de baixo peso ao nascer, nas quais a mortalidade era prevalente. Além de definir os princípios básicos no tratamento de prematuros, nos EUA e Europa, criou o primeiro centro hospitalar para pré-termos, o Hospital Sarah Norris, de Chicago. (TRONCHINI e TOMA, 1996). Em 1893, surge o primeiro berçário criado pelo obstetra Stéphane Etienne Tarnier e a enfermeira, Madame Hery, chefe da Casa de Paris, para atender crianças prematuras, conhecidas na época como “frias e frágeis” (UNGERER e MIRANDA, *apud* TASCA *et al.* 2002).

A Doença Hemorrágica do Recém-Nascido foi descrita pela primeira vez em 1894, por Townsend. Entretanto, somente em 1908, Carrel realiza a primeira transfusão em recém-nascido acometido por essa doença. Em 1919, Sidbury transfunde em um recém-nascido através da veia umbilical.

Embora a maioria dos autores considere o princípio desta ciência a partir de Budin, estes acontecimentos relatados até agora fazem parte da história da neonatologia. A organização *Neonatology* (2004), além de possuir uma base histórica da neonatologia que antecede o médico Pierre Budin, descreve ainda acontecimentos ocorridos após as publicações deste obstetra caracterizando a evolução desta ciência.

Iniciamos o século XX com alta taxa de morbidade e mortalidade em recém-nascidos (RNs) – que ficavam nos alojamentos comuns dos hospitais, ou seja, em grandes salões que abrigavam os bebês tidos como não-prematuros, principalmente em razão de doenças infecciosas respiratórias e diarréicas. Contrariamente, as crianças que ficavam nos berçários, em incubadoras cada vez mais aprimoradas, apresentavam altas taxas de sobrevivência (TASCA *et al.* 2002). Essas novidades no cuidado com os bebês internados impulsionaram os hospitais, no sentido de uma mudança de perfil e de estratégia quanto ao atendimento e ao funcionamento. Houve uma euforia na criação de berçários com a “bandeira” de evitar infecções, generalizando-se o uso do berçário para os bebês a termo e saudáveis (UNGERER e MIRANDA *apud* TASCA *et al.*, 2002).

A Fundação da Kaiserin Auguste Victoria Haus, em Berlin, foi criada para o ensino e investigação na prevenção da mortalidade neonatal em 1909. O interesse de Dunhan sobre problemas clínicos dos recém-nascidos a levou a enfatizar a importância do controle contínuo dos dados federais sobre a mortalidade de recém-nascidos. Fato este que serviu de base para a política federal, aumentando o interesse nos serviços de cuidados materno-infantis assim como nas pesquisas perinatais e neonatais (AVERY, 1999).

Em 1914, foi criado por um pediatra, Dr. Julius Hess, o primeiro centro de recém-nascidos prematuros no Hospital Michel Reese, em Chicago. Depois disso, foram criados vários outros centros, que seguiram os princípios de um obstetra, Dr. Budin e de um pediatra, Dr. Hess, para a segregação dos recém-nascidos prematuros com a finalidade de lhes assegurar o cuidado de enfermeiras treinadas, e dispositivos próprios, incluindo incubadoras e procedimentos rigorosos para a prevenção de infecções (AVERY, 1984).

A publicação de "*Premature and Congenitally Diseased Infants*", primeiro livro de textos sobre prematuridade norte-americano, assim como a primeira incubadora de transporte para recém-nascidos, também foram realizados pelo médico Julius Hess.

Arvo Ylppo, pediatra finlandês, publicou uma monografia sobre patologia, fisiologia, clínica, crescimento e prognóstico de recém-nascidos, relatos que serviram como ponto inicial para pediatras clínicos, professores e investigadores. Em 1924, o pediatra Albert Peiper, interessou-se pela maturação neurológica de prematuros. Silverman foi pioneiro em estabelecer o uso de processos cuidadosamente controlados em berçário de prematuros (AVERY, 1984).

Segundo a Organização *Neonatology* (2004), na década de 20 os nascimentos nos hospitais aumentam de 5% para 60% nas grandes cidades dos Estados Unidos e a primeira exsanguíneotransfusão é realizada em um recém-nascido com Eritroblastose Fetal.

Já na década de 30 os principais acontecimentos ocorridos no campo da Neonatologia, podem ser descritos a partir da Fundação da Academia Americana de Pediatria (AAP) que definiu a prematuridade como peso de nascimento menor 2500g. Em Chicago surge o primeiro veículo dedicado ao transporte de recém-nascido, assim como o tratamento com Vitamina K nos transtornos da coagulação no RN.

Na década seguinte, a evolução desta ciência caracterizou-se pela descoberta da izoimunização Rh como causa de Eritroblastose Fetal; a reparação bem sucedida de atresia de esôfago (má-formação do recém-nascido); a publicação de "*The Physiology of the Newborn Infant*," o primeiro livro de texto de Neonatologia Norte-americano escrito pelo médico Smith; além da definição de prematuridade da Organização Mundial de Saúde como peso de nascimento menor que 2500 g. Um centro criado em 1947 na Universidade do Colorado, além dos cuidados prestados aos prematuros, possuía leitos para mães com gravidez de risco para parto prematuro e programas de treinamento para serem ministrados em todo o Colorado (AVERY, 1999).

Na década de 1950, os cuidados despendidos a criança prematura já eram da maior preocupação, com a evolução dos procedimentos e das intervenções, abre-se um espaço para a enfermagem, referente à assistência em geral, a fisioterapia como suporte a insuficiência respiratória e a nutrição especificamente.

A partir deste momento a UTIN passa por uma redistribuição interna mais adequada dos recursos humanos, regula a energia assistencial em relação às necessidades da atenção ao paciente, restitui à enfermagem profissional a sua verdadeira função, demonstra as vantagens do aproveitamento intensivo do trabalho profissional específico e educa a respeito do cuidado do doente grave. Portanto, ela é parte de um processo assistencial, serve ao Hospital moderno com todos os avanços que a ciência e a técnica colocam à disposição do doente em uma emergência grave, constituindo-se, desse modo, numa atividade funcional diferenciada (CAT e GIRALDI, 1993).

Nesta década segundo a Organização *Neonatology* (2004) ocorreram diversos progressos como, por exemplo:

- A descoberta da associação entre a retinopatia da Prematuridade com o uso de O₂ por Cambell; e o médico Patz descreveu primeiras provas iniciais com, alguns defeitos de procedimento, que ligaram o oxigênio excessivo a esta mesma doença;
- Virgínia Apgar contribuiu com a escala de Apgar para avaliação do grau de asfixia perinatal e da adaptação da vida extrauterina, utilizada atualmente para pronóstico do recém-nascido;
- A primeira descrição clara na literatura inglesa da Enterocolite Necrosante como uma entidade clínica distintiva realizada por Schmid & Quaiser;
- Rickham cria a primeira unidade de cirurgia neonatal, Alder Hey Children's Hospital, Liverpool em 1953;
- Invenção da ventilação de alta-frequência por Emerson;
- Clifford descreve clinicamente o recém-nascido "pós-maduro";
- Estudo controlado realizado por Silverman: a hipotermia conduz a uma diminuição na sobrevida;
- Realização do primeiro transporte aéreo de um recém-nascido, Denver, Colorado – EUA;
- O efeito da luz sobre os níveis de bilirrubina, descrito por Cremer;
- A deficiência de Surfactante é a causa da síndrome de stress respiratório afirma Avery (1999);
- Líquidos intravenosos (IV) são utilizados em recém-nascidos com síndrome de stress respiratório;

- Primeiro relato de cateterização da artéria umbilical para obter mostras de gases sanguíneos;

Na década seguinte, os monitores eletrônicos e a gasometria arterial passaram a serem medidos, surgindo assim, a introdução do bioquímico responsável pela análise laboratorial. Assim como na década passada, a década de 60 foi marcada por numerosos acontecimentos:

- A Organização Mundial de Saúde (OMS) diferencia Prematuridade de baixo peso;
- A primeira unidade de cuidados intensivos cirúrgicas é criada nos Estados Unidos, no *Children's Hospital* de Philadelphia;
- Patrick Bouvier Kennedy, filho do presidente dos EUA, falece em 1963 de Síndrome de stress respiratório, com 34 semanas de gestação, peso 2100 g. Este fato foi marcante para a evolução da neonatologia, pois a partir deste acontecimento, o governo americano realizou investimentos financeiros para aprimorar a tecnologia destinada a esta especialidade;
- Foram criadas tabelas de pesos, comprimento e perímetro cefálico por idades gestacionais, baseados em dados de Denver. Introdução dos conceitos de adequados, pequenos e grandes para a idade gestacional (AIG, PIG, GIG);
- Primeiro relato de sepsis neonatal por streptococcus do Grupo B descrito por Eickhoff;
- Realizado em 1965 o primeiro curso e programa de treinamento de Enfermagem Prática Pediátrica na Universidade do Colorado;
- Primeiro transporte de um recém-nascido em helicóptero, Peoria- EUA;
- Guthkelch desenvolve o tratamento de Hidrocefalia com a válvula de Holter;
- Primeiro transplante cardíaco em um recém-nascido, Brooklyn, New York;
- Disponibilidade de monitores de frequência cardíaca fetais em 1968;
- Desenvolvido cálculo neurológico da idade gestacional por Amiel-Tison;
- Wilmore & Dudrick realizam primeiro relato publicado de nutrição intravenosa total de um recém-nascido;
- Estudo controlado de Lucey sobre tratamento com fototerapia para a hiperbilirrubinemia;

Todos estes acontecimentos foram muito importantes para a ciência do recém-nascido, entretanto, um fator importante a ser destacado neste período foi devido à primeira vez que os termos **neonatologista e neonatologia** foram utilizados por Shaeffer em livros.

Em 1970, foi estabelecido o uso da ventilação mecânica, o que determinou o avanço no desenvolvimento dos Centros de Cuidados Intensivos Neonatais (TRONCHINI e TOMA, 1996). Assim, como nesta mesma década, começa a certificação como subespecialidade da Neonatologia (pediatria) e os procedimentos invasivos tornam-se rotinas, introduzindo-se a cirurgia neonatal como possibilidade de correções anômalas da mesma forma que outros avanços tecnológicos foram significativos nessa área como veremos a seguir:

- Publicação de técnicas para a cateterização da artéria umbilical;
- Método de escore de idade gestacional de Dubowitz baseado em características físicas e neurológicas;
- Uso de pressão contínua da via aérea (CPAP) para a Síndrome de stress respiratório desenvolvido por Gregory;
- Política de regionalização dos cuidados perinatais;
- Estudo controlado: glucocorticoides prenatais para a prevenção da Síndrome de stress respiratório;
- Cateterização de artérias umbilicais como uso rotina;
- Publicação de "Cuidados do Recém-Nascido de alto risco" ("*Care of the High-Risk Neonate*") 1ª Edição de Klauss & Fanaroff, a edição mais atualizada deste livro atualmente, serve de referência mundial em neonatologia;
- Nutrição parenteral total (NPT) em recém-nascidos torna-se rotina;
- Sistema de escore de idade gestacional simplificado (modificação do Dubowitz) por Ballard, utilizado atualmente.

Na década de 1980, o advento dos exames radiológicos como tomografia computadorizada (TC) e a ultra-sonografia incluem o radiologista na equipe multiprofissional. Neste período a evolução acerca do Sistema Respiratório do recém-nascido foi importante, pois Fujiwara descreveu o uso de surfactante para o tratamento da Síndrome de Stress Respiratório, sendo também descrita a ventilação de alta frequência, Greenberg realizou a administração endotraqueal de epinefrina (adrenalina), a monitoração da oximetria de pulso em recém-nascidos e a criação do programa de reanimação neonatal lançado pela Academia Americana de Pediatria. Em 1983 começa a certificação de enfermeiras especializadas em neonatologia;

Nos anos 90, a ressonância magnética (RM) complementa a assistência neonatal devido à melhoria na visualização das lesões e revelação fisiológica do cérebro intacto. Mas o aspecto mais importante desta década relaciona-se com a sobrevivência que se tornou comum

a crianças nascidas com 600g, pois a maior atenção foi enfocada no sentido de garantir uma sobrevivida intacta, justificando o porquê da década ter sido chamada de a “década do cérebro”. Segundo Pastore e Bergamo (2004), há vinte anos atrás, cerca de 20% dos bebês prematuros nascidos com quase 600 gramas sobreviviam. Atualmente, a neonatologia é capaz de salvar bebês que nascem a partir da 22ª semana, com 500 gramas em média, cerca de 40% do total.

Segundo Avery (1999, p.3), a neonatologia pode ser comparada estruturalmente a uma árvore. Em suas raízes encontram-se a obstetrícia, a pediatria e a fisiologia. Um tronco sólido se desenvolveu a partir dos berçários de cuidados intensivos e espalhados por todo os EUA e pelo mundo. Seus ramos se disseminaram tão amplamente, que se tornou difícil para um único profissional ser especialista em todas as áreas de atividade necessárias para o funcionamento de um serviço terciário de neonatologia.

Raízes da ciência Neonatologia

Como já foi dito uma das principais raízes a partir da qual a neonatologia se desenvolveu foi fornecida por obstetras tais como Pierre Budin e Sir Dugald Baird, que se interessaram não apenas pelas condições maternas no pós-parto imediato, mas também pelas crianças nascidas.

Uma outra raiz significativa da neonatologia pode ser encontrada no berçário de crianças prematuras, tal como aquele administrado por Julius Hess e Evelyn Lundeen em Chicago, no início do século XX. Apenas crianças prematuras eram admitidas nesses berçários, sendo que delicadeza, com mínima intervenção, era a política dos mesmos.

A fisiologia representa uma das principais raízes da neonatologia. Os avanços envolvendo os cuidados neonatais baseiam-se diretamente nas descrições das alterações sofridas pelo corpo da criança recém-nascida.

As raízes finais que escoram a neonatologia seriam os estudos terapêuticos. Vários conceitos iniciais sobre as crianças prematuras se mostraram falsos com os anos de estudos executados. Sem os testes científicos como guia, os neonatologistas constantemente estariam fora de curso.

Tronco da ciência Neonatologia

O berçário de cuidados intensivos representa a instituição que forma o tronco sólido da neonatologia. Unidade esta que se constitui de um ambiente terapêutico, uma coleção de equipamentos e uma equipe multiprofissional.

Visto anteriormente, a equipe neonatal iniciou basicamente com obstetras e pediatras, sendo estes, considerados as raízes da neonatologia, Na descrição do tronco neonatológico, surge à presença de outros profissionais com o passar do tempo. Observa-se depois de certo tempo, o aumento constante no grau de intensidade e acuidade das doenças observadas no berçário de cuidados intensivos. Com este aumento, observou-se uma ampliação no número e na diversidade do pessoal e na quantidade do equipamento tecnicamente sofisticado.

Ramos da ciência Neonatologia

Dentre os fatores que contribuíram para o desenvolvimento da neonatologia se encontram um conjunto de conhecimentos especializados, um grupo de profissionais superespecializados e o advento de equipamento tecnicamente avançado.

Em muitos dos principais hospitais-escolas, os serviços de perinatologia obstétrica e de neonatologia se agrupam para formar os chamados centros perinatais. Frequentemente, tais centros são dirigidos por profissionais das duas disciplinas, possibilitando assim, uma cooperação no melhor interesse da paciente de alto risco. A abordagem e o planejamento integrado em condições ideais consistiriam do estabelecimento de clínicas pré-natais de alto risco, planejamento e abordagem do trabalho de parto e do parto em si, reanimação e cuidados intensivos no berçário.

Afiliações para a educação contínua foram formadas e protocolos oferecendo padrões para a referência foram estabelecidos. Em alguns casos, a troca de pessoal e a revisão conjunta das estatísticas auxiliaram a concretizar a conexão.

III. 1.2.2. Neonatologia e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Como citado anteriormente o termo “Neonatologia”, cujo significado é o conhecimento do recém-nascido (RN) humano, foi estabelecido por Alexander Schaffer cujo livro sobre o assunto, "*Diseases of the Newborn*", foi publicado primeira vez em 1960, esse livro junto com o "*Physiology of the Newborn Infant*", de Clement Smint, constituem a base do novo campo (AVERY, 1999).

O Período Neonatal é definido por Rugolo (2000), como o intervalo de tempo que vai do nascimento até o momento em que a criança atinge a idade de 27 dias, 23 horas e 59 minutos. A equipe neonatal exerce um importante papel de suporte à mãe e ao RN, visando à adaptação deste à vida extra-uterina e prevenindo complicações fisiológicas no período entre o nascimento e os 28 dias de vida. No entanto, muitos RNs prematuros ou patológicos, logo após o nascimento, são separados de suas mães por necessitarem de cuidados intensivos de uma equipe multiprofissional de saúde.

A necessidade de internação em UTIN (Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal) geralmente ocorre porque para sobreviver fora do útero, o neonato precisa atravessar com sucesso o período de transição (período de adaptação do neonato da vida intra-uterina para a vida extra-uterina). As estatísticas refletem a dificuldade dessa tarefa: a mortalidade é maior durante esse período do que em qualquer outra época; 67% de todas as mortes infantis (aquelas que ocorrem no primeiro ano de vida) acontecem durante o período neonatal (KENNER, 2001).

Segundo o mesmo autor citado anteriormente o RN de alto risco é aquele que tem maior chance de morrer durante ou logo após o parto quando ocorre um problema congênito ou perinatal que necessita intervenção imediata. À medida que a medicina continua a desenvolver mais tratamentos para problemas perinatais, muitos recém-nascidos de alto-risco, que no passado teriam morrido algumas horas ou dias após o nascimento hoje sobrevivem; restando pouco ou nenhum efeito residual da crise que marcou as primeiras horas após o nascimento.

Por isso pode-se afirmar que uma característica do período neonatal são as altas taxas de morbi-mortalidade devido ser uma fase de grande fragilidade do ser humano observa-se a alta propensão à ocorrência de seqüelas muitas vezes incapacitantes e de longa duração. Para que estas taxas diminuam e haja a recuperação de alguma patologia que venha ocorrer neste

período sem que haja seqüelas, é indicado o encaminhamento para Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN).

Machado e Medeiros (2001), afirmam que o nascimento de bebês de alto-risco, tanto de parto natural como no cesáreo, é considerado um acontecimento de extrema complexidade e, como tal, desperta a preocupação em relação à saúde do RN, merecendo assim, uma atenção especial e capacitada dos profissionais que atuam nas Unidades Neonatais. Contudo, nas últimas décadas, em decorrência da acelerada evolução dos métodos terapêuticos, tecnológicos e científicos, a sobrevivência dessas crianças aumentou consideravelmente. Assim, as Unidades Neonatais foram aperfeiçoadas com recursos humanos, físicos e materiais, a fim de atender a essa população de risco.

Esse aperfeiçoamento de recursos relaciona-se com a estatística já citada na introdução, pois conforme afirma Beal *apud* Costenaro (2001), nas últimas duas décadas, os neonatos têm atingido um terço ou mais dos pacientes pediátricos hospitalizados em todo o país.

Por isso, o surgimento de UTIN pode ser considerado um fator relevante e altamente sofisticado, que tem trilhado a evolução dos serviços de saúde, uma vez que, ao necessitar de cuidados especiais, o RN passa a conviver em um ambiente hostil, iluminado artificialmente durante as 24 horas do dia (COSTENARO, 2001). Por isso, o período neonatal possui uma relevância à prova da sobrevivência, devido aos obstáculos que devem ser vencidos.

Costenaro (2001), Bassetto *et al* (1996), definem a Unidade Neonatal como o setor da maternidade destinado à assistência multiprofissional dos recém-nascidos sendo subdividida em alojamento conjunto, unidade de recém-nascidos normais, unidade de risco intermediário e unidade de alto risco.

Kenner (2001) esclarece que os cuidados intensivos neonatais, visam evitar o mínimo de complicações, submetendo o recém-nascido ao menor nível de estresse possível, e intensificando a ligação entre pais e bebês. Para atingir esse objetivo, é necessário executar os procedimentos de modo a minimizar os distúrbios ao neonato, usar uma boa abordagem familiar e intervir precocemente nos problemas identificados.

A unidade intensiva neonatal é para o RN um local de conservação e recuperação do seu bem estar e garantia de sobrevivência, mas também um sítio gerador de desconforto, desgaste físico e emocional intensos. Recém-nascidos extremamente doentes ou prematuros estão submetidos, para a preservação da qualidade de vida, às determinações da equipe de saúde e

equipamentos de suporte, nem sempre coerentes com aquilo que chamaríamos de bem estar (MIURA e PROCIANOY, 1991).

Segundo Costenaro (2001), o ambiente terapêutico de cuidado é aquele local que apresenta condições estruturais e funcionais que permitam a realização do trabalho profissional com segurança, responsabilidade, eficácia e resolutividade no atendimento das necessidades dos recém-nascidos e dos profissionais que aí trabalham.

Segundo Rugolo (2000), os critérios mínimos para a implantação de UTI Neonatal propostos pelo Departamento de Neonatologia da Sociedade de Pediatria São Paulo (SPSP) incluem:

Recursos Humanos:

- Pediatras com formação em UTI Neonatal (neonatologistas)
- Diaristas (4 h/dia): 1/10 leitos
- Plantonistas: (24h/dia): 1/5 leitos
- Enfermagem com formação em UTI Neonatal: enfermeira (24h/dia) 1/5 leitos
- Auxiliar de enfermagem: (24h/dia): 1/1 ou 2 leitos

As equipes de apoio devem pertencer ao próprio hospital: administração, cirurgia pediátrica, anestesia, radiologia, ECG, farmácia, nutrição, serviço social. Devem estar disponíveis para o serviço: clínica e cirurgia cardíaca e neurológica, ortopedia, oftalmologia, ecografia, endoscopia, fisioterapia, psicologia e EEG.

Macdonald e Johnson (1999) relatam que o fator crítico no atendimento perinatal de alta qualidade não consiste em equipamentos modernos ou eletrônicos, mas de pessoal treinado que seja capaz de fornecer as melhores técnicas profissionais de conduta obstétrica e neonatal, em um sistema de tratamento perinatal regional coordenado.

Cabe à equipe multiprofissional da Unidade de Recém-Nascidos, especialmente médica e de enfermagem, trabalhar de forma integrada, observando e intervindo quando necessário, para proporcionar ao recém-nascido uma assistência adequada (LEONE, 1996).

Ambientes com muito barulho, monitores, motores de incubadoras, conversas e muita luz podem ser desconfortáveis para o bebê. Além disto, alguns tratamentos podem estressar ou causar dor a ele (aspiração de secreções, colher sangue para exames, puncionar veias, fazer radiografias e ultra-som etc). Estes tratamentos podem significar que os bebês estão sendo

incomodados muitas vezes ao dia, interrompendo seu sono. Para os bebês muito pequenos, apenas o manuseio nos cuidados do dia-a-dia (trocar a fralda, alimentar...) pode incomodar.

O ambiente físico pode ser modificado para que se torne mais adequado ao conforto do bebê:

- Reduzindo a quantidade de som
- Reduzindo a quantidade de luz
- Dando maior atenção no posicionamento do bebê
- Fazendo tratamentos menos estressantes
- Reduzindo o número de vezes em que o bebê for incomodado

Por isso, os serviços para atendimento a recém-nascidos precisam ser estruturados e organizados no sentido de atender a uma população altamente suscetível a riscos e que está relacionada a elevados índices de morbi-mortalidade na infância (LEONE, 1996).

Leone (1996), ainda define Setor Intensivo Neonatal como o local onde se concentram recursos materiais e humanos especializados, capazes de prestar uma assistência que garanta observação rigorosa e tratamento adequado aos RNs, com a possibilidade ou presença de patologia que possa ocasionar sua morte ou seqüelas, interferindo no seu desenvolvimento.

Além das responsabilidades já citadas, compete a equipe na UTIN promover adaptação do recém-nascido ao meio externo (manutenção do equilíbrio térmico adequado, quantidade ideal de umidade, luz, som e estímulo cutâneo), observar o quadro clínico (monitorização de sinais vitais e emprego de procedimentos de assistência especiais), fornecer alimentação adequada para suprir as necessidades metabólicas dos sistemas orgânicos em desenvolvimento (se possível, através de aleitamento materno), realizar controle de infecções, estimular o recém-nascido, educar os pais, estimular visitas dos familiares, dentre outras atividades (FONTES, 1984).

Para Rodrigues e Costenaro (2001), a UTIN é um local do hospital que possibilita a manutenção das funções vitais, visa à recuperação dos clientes graves recuperáveis, com profissionais, equipamentos e materiais especializados. Fornecem vigilância constante para detectar precocemente alterações graves. O paciente que está internado em unidade de cuidados de excelência no qual os cuidados são dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas à doença física. Daí a importância de profissionais

qualificados para o atendimento ao neonato, capazes de saberem conduzir as situações de forma humanizada, limitando as intercorrências e as influências dos fatores ambientais negativos (MACHADO e MEDEIROS, 2001).

Outra definição para a unidade, segundo Cargnin *et al* (2001), a UTI é o local ideal para o atendimento de pacientes em estados agudo graves recuperáveis, mas também é um dos locais mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital.

Segundo Costenaro (2001), sabe-se que a UTI é um local que cria tensões e estresse, causados pelas reações interpessoais, pelas intensidades de emoções conseqüentes da incessante exposição ao risco de vida, pelas repetidas oscilações entre o sucesso e o fracasso e pela ordem imposta à equipe, daí afloram sentimentos como insatisfação, insegurança e impotência frente a dificuldades, que influenciam de uma forma negativa na relação interpessoal e na capacidade profissional, e criam assim um ciclo vicioso.

Os cuidados de alta tecnologia tentam operar milagres em crianças cujos braços são menores do que o dedo anelar da mãe, bebês nascidos no limiar da capacidade da medicina de salvá-los (HUMES, 2001).

Na neonatologia se pratica uma ciência extraordinária em pacientes extraordinários. No entanto, o local é envolto em mistério, cerrado ao público, exceto aos médicos e enfermeiras que o “adoram”, a aos pais que desejariam que os filhos estivessem em qualquer lugar, menos lá.

A descrição de Humes (2001) permite situar o ambiente:

a sala vive em constante movimentação. A todo o momento, neonatologistas e internos fazem as rondas, registram anotações em seus prontuários acrescentando mais informações de uma criança doente. As enfermeiras altamente treinadas não saem do lado de seus pacientes – a condição de alguns recém-nascidos é extremamente crítica para que sejam deixados sozinhos por um só momento. Fisioterapeutas respiratórios vão de um bebê a outro, ajustando a pressão do respirador, o fluxo do oxigênio e respondendo a alarmes (p.124).

III. 1.2.3. Classificação do Recém-Nascido

A classificação do RN, em um serviço de Neonatologia, é de grande importância, pois possibilita sua condição e posterior avaliação quanto risco de mortalidade e morbidade, levando a uma assistência adequada. É interessante também para identificar e facilitar o reconhecimento do recém nascido quando a relação peso nascimento/gestacional (IG), a fim de avaliar o crescimento e o desenvolvimento intra-uterino.

Até recentemente, os recém – nascidos eram classificados apenas de acordo com o peso de nascimento, em razão da estreita relação entre o mesmo e o risco de mortalidade, nos primeiros dias de vida. O conceito clássico de prematuridade de Ylppo, em 1919, e aceito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1950, baseava-se apenas no peso. Considerava-se prematuro todo o RN vivo cujo peso de nascimento fosse igual ou inferior a 2,500g.

Em 1961, o Comitê de especialistas em Saúde Materno-Infantil da OMS re-avalia o problema com maiores detalhes e estabelece que recém nascidos de baixo peso é todo o recém – nascido vivo cujo peso de nascimento é igual ou inferior 2.500g. Em 1970, a Academia Americana de Pediatria (AAP) estabelece o conceito de prematuridade: prematuro é todo o RN vivo que nasce antes da 38ª semana de IG (incluindo a 37ª semana completa). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é todo aquele que nasce até a 37ª semana.

Classificação do RN segundo Hernandez (2003):

- RN pré-termo, ou seja aquele com idade gestacional abaixo de 37 semanas, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), ou de 38 semanas, segundo a Associação Americana de Pediatria (AAP);
- RN pós-termo com idade gestacional acima de 42 semanas;
- RN anoxiado grave com nota de Apgar de 0 a 3;
- RN anoxiado moderado com nota de Apgar de 4 a 7;
- RN de muito baixo peso (MBP), com peso de nascimento < de 1500 gramas;
- RN de baixo peso (BP), com peso de nascimento < de 2500 gramas;
- RN pequeno para a idade gestacional (PIG), cujo peso de nascimento está abaixo do percentil 10 do esperado para a idade gestacional;

- RN grande para a idade gestacional (GIG), cujo peso de nascimento está acima do percentil 90 do esperado para a idade gestacional;

Neste momento parece-me ser oportuno também para abrir parênteses sobre a relação que existe sobre os períodos neonatal e perinatal. Segundo Rugolo (2000), o período *Perinatal* é o período que se estende da 28^o semana de gestação – incluindo fetos pesando 1001g ou mais – até o sétimo dia de vida, já o período *Neonatal* caracteriza-se pelo o intervalo de tempo que vai do nascimento até o momento em que a criança atinge a idade de 27 dias, 23 horas e 59 minutos.

Portanto, há uma sensível proximidade já que os períodos coincidem desde o nascimento até o sétimo dia de vida, por isso alguns autores citam igualmente ambos os períodos, embora sua significância não seja a mesma.

III. 1.3. Equipe Neonatal e a Interdisciplinaridade na Equipe

A equipe de saúde exerce um importante papel de suporte à família e ao RN, visando à adaptação deste à vida extra-uterina e prevenindo complicações no período entre o nascimento e os 28 dias de vida. No entanto, muitos RNs prematuros com patologia, logo após o nascimento, são separados de suas mães por necessitarem de cuidados intensivos de uma equipe multiprofissional neonatal (COSTENARO, 2001).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) possui características físicas que proporcionam uma maior vigilância dos pacientes, centraliza recursos materiais e humanos, que permitem um atendimento mais eficaz, onde a atuação da equipe multiprofissional deve estar voltada para um objetivo comum – a recuperação do doente grave (CARGNIN *et al*, 2001).

Rodrigues e Costenaro (2001) descrevem a UTI como um local em que os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde possuem objetivos comuns, ou seja, a equipe trabalha pelo mesmo fim. Esta idéia favorece uma maior interação bem como um

relacionamento mais recíproco entre as pessoas, nos aspectos ligados ao paciente, à família, à equipe e ao ambiente.

Em uma UTI recomenda-se o trabalho realizado em equipe, e seu sucesso depende da coordenação entre as pessoas. Em geral compõem a Unidade de Terapia Intensiva:

- Neonatologista: médico pediatra com conhecimentos específicos para cuidados intensivos neonatais.
- Enfermeiro.
- Técnico ou auxiliar de enfermagem: profissional de nível médio.
- Fisioterapeuta: profissional com conhecimento específico no cuidado e manejo de vias aéreas, uso de oxigênio, equipamentos respiratórios, posicionamento e tônus muscular do recém-nascido.
- Fonoaudiólogo: trata-se de profissional responsável pelos cuidados em recém-nascidos com disfunções alimentares, auditivas e motores orais.
- Nutricionista: profissional superior responsável pelo lactário da unidade neonatal, assim como controle de leites artificiais, materno e nutrição parenteral total (NPT).
- Bioquímico: profissional responsável pela análise de exames laboratoriais de recém-nascidos.
- Psicólogo: profissional geralmente encarregado pelo grupo de apoio aos pais de recém-nascidos de alto-risco.

Outros especialistas podem ser solicitados para atuarem na UTIN como: cardiologista, nefrologista, gastroenterologista, endocrinologista, hematologista e cirurgião pediátrico. Estes distintos profissionais são necessários na assistência ao recém-nascido de alto-risco, pois este cuidado exige vigilância constante de pessoal competente, dadas as características de emergência da patologia neonatal. No Anexo 1.2. é possível visualizar os critérios para as Unidades de Tratamento Intensivo, inclusive em relação aos profissionais que a compõem.

Segundo Miura e Procianoy (1997), os RNs de termo, pré-termo ou pós-termo apresentam dependência de decisões adotadas pelos membros da equipe. Por isso a coesão entre a equipe, favorece a dinâmica funcional do atendimento ao RN. Planejar estratégias de atendimento desenvolve no pessoal da UTIN a integração e a visão de equipe, necessárias ao sucesso desejado na manutenção e na recuperação do bem estar do RN.

O período neonatal, devido aos obstáculos que devem ser vencidos, possui características relevantes relacionadas a sobrevivência, (COSTENARO, 2001). Segundo Macdonald e Johnson (1999), o conceito de equipe de tratamento é tão importante neste período devido aos avanços científicos ocorrerem rapidamente nesse campo.

Devido à evolução da complexidade dos serviços de saúde, surgiu a necessidade de utilização da chamada equipe multiprofissional, que pudesse alcançar uma gama de especialidades e procedimentos. É necessário que todas as pessoas integrantes da equipe estejam aptas para promover um bom atendimento, e possam também receber suporte e compreensão por parte do restante da equipe.

A questão da interdisciplinaridade impõe-se, na sociedade contemporânea, como consequência natural do fenômeno da globalização. O profissional super-especializado, hoje, perde espaço ante aquele que, embora dominando sua especialidade revele ter uma visão mais **global**, mais abrangente das relações de complementaridade do seu conhecimento, adquirindo, por consequência, uma postura mais flexível, mais humilde, mais crítica frente à realidade onde se dispõe a intervir (GOMES, 1997).

Loisel *et al* citados por Machado e Medeiros (2001), salientam que a organização da UTIN requer a formação complexa de profissionais multidisciplinares interdependentes, o que significa que a equipe deve ser colaborativa, comunicativa e flexível em benefício dos recém-nascidos a que atendem.

Novamente pode-se observar que as citações de autores utilizados neste trabalho apresentam equívocos quanto à utilização do termo multidisciplinaridade, pois esta é caracterizada por práticas entre profissionais de uma área em comum, entretanto não há indícios de colaboração ou aproximação entre as disciplinas, por isso na citação anterior, o termo a ser utilizado deveria ser profissionais interdisciplinares, já que a equipe deve possuir colaboração, comunicação e flexibilidade, ou seja, os atributos descritos pelo autor.

Inclusive por que, segundo Bassetto *et al* (1998), a essência do conceito de equipe é que todos os membros trabalhem em cooperação, sendo que um dos aspectos mais importantes é a comunicação interpessoal. Tal comunicação deve ser simples e objetiva, visando à troca de informações entre os profissionais a respeito do recém-nascido, para que o plano de ação seja constantemente avaliado na sua eficácia.

Entende-se relacionamento interpessoal como um vínculo, uma ligação, um contato existente entre dois ou mais seres humanos. Esse vínculo ou ligação pode se dar através de palavras escritas ou verbalizadas pode ocorrer através de gestos, do toque, das mãos, do olhar e até mesmo da expressão corporal. O relacionamento pode expressar uma ligação de amizade, afetividade com o outro ou uma relação profissional. O relacionamento interpessoal, em qualquer situação, pode também estar condicionado por uma série de atitudes recíprocas. No relacionamento interpessoal, sempre uma mensagem é passada ou recebida (COSTENARO, 2001).

Em um sistema regionalizado, a equipe de tratamento neonatal desenvolve objetivos e capacidades funcionais relacionados ao nível de tratamento neonatal que o hospital está fornecendo. Apesar de ser provável que uma equipe seja capaz de tratar as necessidades da maioria de seus pacientes, pode ser antecipado que pacientes com problemas, que não são tratados rotineiramente, precisarão de tratamento. Segundo Macdonald e Johnson (1999), as equipes de tratamento neonatal, devem ter quatro características essenciais:

- Habilidade de realizar o tratamento de emergência necessário;
- Conhecimentos das habilidades das equipes que atuam em outros centros;
- Comunicação livre com todos esses centros;
- Métodos de integração em equipe que beneficiarão o paciente;

Os membros da equipe de saúde podem através de suas atitudes, auxiliarem os pais na solução de seus problemas, da mesma forma que auxiliam o RN internado a recuperar-se mais rápido. Em outras palavras, a equipe de saúde deve ser o facilitador da harmonia entre a família e o recém-nascido (SEGRE, 1995).

Nas situações de cuidado do neonato em UTI, esse processo ocorre através da preocupação, do comprometimento e do envolvimento que temos com o RN. Rebekah e Hamilton (1998), afirmam que muitas vezes o relacionamento interpessoal da equipe multiprofissional de saúde que atua em neonatologia, principalmente com os prematuros, é permeada por muitos questionamentos sobre o seu cotidiano. Essas questões se referem ao ser vulnerável que atende à obrigação de mantê-lo vivo, de não fazê-lo sofrer, bem como a interrogação sobre os sentimentos vivenciados por estes pequenos seres.

Uma contínua troca de informações como: reuniões periódicas, discussão de casos, reciclagens, entre outros, favorece a comunicação interdisciplinar, fortalecendo a equipe como um todo. A avaliação das dificuldades encontradas pela equipe freqüentemente possibilita um acréscimo às habilidades concernentes a cada disciplina, assim sendo, a qualidade da assistência interdisciplinar estará em contínuo crescimento (BASSETTO *et al*, 1998).

Por isso, é necessária uma organização da dinâmica de trabalho, implicando em uma melhora na comunicação entre enfermeiros e médicos (profissionais mais envolvidos com atendimento em uma UTIN), através de reuniões interdisciplinares. Os profissionais precisam aceitar seus limites de atuação e respeitar a função de cada um. É necessário enfatizar a importância que as pessoas devem dar na administração de seus problemas pessoais, pois trabalhar em um ambiente com pessoas de mente saudável gera um ambiente saudável, com paz, alegria e companheirismo.

Por outro lado, para Marsden *apud* Zamberlam e Costenaro (2001), em um sistema onde a despersonalização é preponderante, a desumanização dos clientes é prevalente e os próprios profissionais podem se tornar desumanizados; este processo se torna um círculo vicioso, na medida em que a tecnologia controla as pessoas ao invés das pessoas a controlarem.

Embora cada disciplina tenha uma contribuição única a oferecer dentro de sua particular habilidade e especialidade, é necessário manter-se a ótica de que possuem uma função interligada. A equipe de enfermagem, em seu trabalho cotidiano, está em contato direto com todos os membros do grupo interdisciplinar. Sendo assim, requer estar ciente não só de seu papel na assistência, mas também, do papel desempenhado pela outras disciplinas envolvidas, visto que ela estará a maior parte do tempo em contato permanente com o recém-nascido, possibilitando a continuidade do plano de ação global (BASSETTO *et al*, 1998).

O mesmo autor ainda afirma que a equipe interdisciplinar possibilita uma plena recuperação em um trabalho colaborativo, cujo alvo é a saúde física e mental do recém-nascido. O entrosamento interdisciplinar dessa equipe é extremamente importante para que se possa desenvolver um trabalho, cujo objetivo principal é assistir o RN globalmente, possibilitando assim a melhoria das condições de saúde e diminuindo a sua permanência na unidade de internação.

A idéia principal do parágrafo anterior complementa-se com a afirmação de Scochi (1998), Siqueira (1991), e Rabinovovich (1991), citados por Costenaro (2001), esses locais de atendimento, altamente especializados (UTIN), podem auxiliar no surgimento de iatrogenias no processo de crescimento e desenvolvimento dessas crianças. Desta forma, os profissionais de saúde precisam primar, na medida do possível, por um ambiente confortável.

Para Thomas e Carvalho citado por Cargnin *et al* (2001), no ambiente de UTIN, a equipe substitui os familiares e significantes ao lado do cliente. Para assegurar o profissionalismo da equipe multiprofissional, estes utilizam a ciência e a tecnologia, procuram distanciar a morte ao máximo, muitas vezes, sem questionar a qualidade de vida e conseqüências para o cliente e família, expõem-se, desta forma, a sofrimentos dolorosos e prolongados. Esses fatores embasam a idéia de que os profissionais que atuam em UTI necessitam de constantes reflexões relacionadas à sensibilização do cuidado que prestam.

Edith Jackson, em 1946, alertava o fato de que, pretendendo diminuir a mortalidade neonatal, as equipes de saúde adaptaram-se facilmente à preocupação com o bem-estar físico do RN (SEGRE, 1995). Ainda em alguns casos, as mães encontram-se impossibilitadas de fornecer os cuidados necessários aos seus filhos logo após o nascimento, no caso dos bebês prematuros ou com doenças que impeçam este contato logo após as primeiras horas de nascimento. Para superar estes problemas torna-se importante à ação da equipe de saúde, dando apoio e facilitando o contato da mãe com seu RN.

Os profissionais de saúde, envolvidos na área materno-infantil, tem como objetivo a integração na assistência, para o que se preconiza a existência de grupos de educação, em que a presença do pai seja decisiva quanto à mãe, cujo resultado final será o desenvolvimento harmônico da criança (SEGRE, 1995). Souza e Possari *apud* Rodrigues e Costenaro (2001), acrescentam ainda que o enfermeiro é o líder da equipe e deve ser capaz de manter os clientes num ambiente humanizado, harmonioso, respeitando o ser humano como pessoa.

Em relação à atuação de equipe interdisciplinar nestas unidades pode-se dizer que a enfermagem é a maior aliada do cuidado direto ao cliente, permanece vinte e quatro horas na assistência do doente grave, cria, muitas vezes, vínculo afetivo e adquire confiança daquele que necessita de cuidado. Por isso, considera-se que o enfermeiro, enquanto líder, deve estar atento às mudanças que ocorrem, diariamente, no ambiente de trabalho, equipe interdisciplinar e ao cuidado prestado ao cliente.

Entretanto, ao falarmos de interdisciplinaridade não podemos destacar apenas uma disciplina como essencial, neste caso a enfermagem, pois desta forma não estaríamos nos referindo a interdisciplinaridade, onde o princípio básico está na atuação em conjunto onde todos os integrantes da equipe contribuem para atingir um objetivo comum igualmente.

A atuação em equipe multidisciplinar e interdisciplinar também foi objeto de reflexão para Musolino e Rodrigues *apud* Tasca (2002) quando explicam que, enquanto na relação multidisciplinar, o conhecimento, calcado no poder tecnicista, mantém-se centralizado em cada profissional, na relação interdisciplinar, pois cada componente passa a ser conhecido muito mais pelo trabalho do grupo do que pelo seu próprio trabalho. Além disso, a visão do objeto de ação é mais integrada e as decisões podem ser tomadas em conjunto, assim se ajustando mais às necessidades daquele que receberá a intervenção. Os autores ressaltam ainda que a relação interdisciplinar amplia a eficácia das ações profissionais e colabora para o crescimento de cada elemento da equipe, sendo necessária à criação de uma consciência coletiva, tarefa nem sempre fácil de ser realizada.

Acredita-se que a efetivação de um projeto comum com envolvimento de profissionais de diferentes áreas e a construção de uma nova consciência coletiva desenvolve o estabelecimento de uma linguagem comum, a ajuda mútua no acompanhamento e na resolução de problemas dos recém-nascidos, além do respeito pessoal e profissional, foram resultados obtidos depois de muitos encontros e discussões para aparar arestas e contornar dificuldades, quando se fez necessário o exercício da humildade e da ética.

A competência profissional e a possibilidade de estabelecer relações interprofissionais eficazes não podem ser mensuradas apenas pelo conhecimento técnico-científico requerendo uma postura norteada pela política e pela ética (TASCA, 2002). Assim, no dizer da autora, a competência de um profissional é diretamente proporcional à relação estabelecida com o outro, porque ninguém é competente sozinho.

CAPÍTULO IV.

IV. 1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

IV. 1.1 Procedimento Ético

IV. 1.1.1. Parecer ético:

O presente estudo obteve aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI – SC, com o número cadastral 548/2004.

IV. 1.1.2 Sigilo

Na pesquisa os parâmetros da lei 196/90 foram preservados, resguardando os direitos dos envolvidos, protegendo sua identidade. Cada participante recebeu os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido que foi assinado e devolvido a pesquisadora (Apêndices 10.1.1 e 10.1.2).

Quanto aos aspectos éticos relacionados à instituição onde o estudo foi desenvolvido, obteve-se à aprovação do projeto pelo Diretor Clínico do Instituto de Neonatologia para a realização desta pesquisa. Houve ainda a garantia de entrega à instituição de uma cópia do estudo realizado, bem como uma exposição à equipe participante, dos resultados obtidos.

IV. 1.2. Base Teórica

A pesquisa em destaque trata-se de um estudo descritivo e exploratório do tipo diagnóstico com abordagem qualitativa a partir de uma pesquisa de campo baseada na análise de grupo focal e observação sistemática. Exploratório porque permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema e descritivo por pretender descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987).

Leopardi (2000) cita que um estudo descritivo e exploratório caracteriza-se pela necessidade de explorar uma situação não conhecida, da qual se tem necessidade de maiores

informações. Explorar uma realidade significa identificar suas características, sua mudança ou sua regularidade.

Segundo Polit e Hungler (1995), a pesquisa qualitativa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios autores.

IV. 1.3. Amostragem

IV. 1.3.1 Critérios de inclusão:

Foram três critérios adotados para realização do grupo focal: 1º os sujeitos da pesquisa deveriam ser profissionais atuantes em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, ou seja, trabalhar num local em comum; e 2º a equipe analisada deveria compor-se por representantes de profissões distintas, devendo possuir formação na área de saúde; 3º os profissionais necessitavam aceitar participar do estudo. A seleção dos participantes do grupo focal deve ser bastante criteriosa e a mais específica possível, uma vez que pessoas muito diferentes podem influenciar a discussão inibindo-a, ou criando constrangimentos (BARBOSA, *apud* RESSEL, GUALDA E GONZALEZ, 2002).

Os profissionais de nível médio que não foram incluídos no grupo focal, foram observados durante suas atividades cotidianas, interpretando a prática realizada na assistência dos neonatos.

IV. 1.3.2 Participantes

O serviço de neonatologia analisado possuía na época do estudo seis neonatologistas, quatro enfermeiras, duas fisioterapeutas, uma psicóloga, uma nutricionista, um cirurgião pediátrico, doze auxiliares de enfermagem e três bioquímicos plantonistas e doze auxiliares de enfermagem que revezam-se em turnos pré-estabelecidos em escalas mensais ou conforme a necessidade.

Apesar da carência de pessoal a equipe possui um ponto positivo porque segundo Cat e Giraldi (1993), o importante no atendimento é haver um turno diário, regular, atendido sempre pela mesma equipe, quando é feito o planejamento de atendimento, assim como, o

prognóstico de 24 horas de cada paciente. Desta maneira ficou preenchido o requisito básico de uma UTI, que é a continuidade de atendimento.

Ao optar pela pesquisa em um serviço do qual já fizera parte, foi vislumbrada a facilidade de acesso a esta área, já que em várias instituições isso é vetado. Outro motivo que influenciou a escolha do local foi o pressuposto de que os profissionais por já conhecerem a pesquisadora sentir-se-iam mais à vontade para expressar-se e realizar suas práticas enquanto observados e/ou entrevistados.

IV. 1.4 Localização da pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma UTIN, localizada no Litoral Norte de Santa Catarina, possuindo a Razão Social de Instituto de Neonatologia, e que dispõe de um andar em um dos prédios do hospital. Possui capacidade para dezoito pacientes sendo que dez são autorizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Divide-se em salão de cuidados intensivos, com catorze incubadoras (uma portátil), quatro berços comuns e uma sala de cuidados intermediários (no momento do estudo desativada).

O instituto conta com um lactário, posto de enfermagem, sala de amamentação, dormitórios médico e de enfermagem, cozinha, sala de reuniões, consultório, laboratório (desativado), almoxarifado, recepção, local para guardas pertences dos pais e lavagem de mãos e setor de limpeza (expurgo), atendendo os critérios da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (2004, anexo 1.2). O hospital investigado possui todas as unidades citadas, entretanto, o alojamento conjunto e o berçário de bebês normais ficam na maternidade que se localiza um tanto distante da unidade em foco, que inclusive é o local onde há unidade de risco intermediário juntamente com a unidade de alto risco.

A unidade neonatal mantém uma demanda contínua de aproximadamente doze pacientes/dia, fato justificado por possuir maternidade própria. Em 2003 recebeu o título Iniciativa Hospital Amigo da Criança do Ministério da Saúde.

IV. 1.5 Contatos

Por tratar-se de uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, o acesso à área é restrito, tendo o contato sido feito através de ofício solicitando a entrada da pesquisadora, apresentado ao Diretor Clínico da UTIN. Segundo Minayo (1993), o primeiro contato é

fundamental para a adesão ao grupo que deve ser esclarecido quanto aos objetivos e a metodologia a ser desenvolvida.

Posteriormente, através de telefonema foi delimitado o dia, a hora e local do 1º encontro. Nessa ocasião foram disponibilizadas datas possíveis para o encontro, tendo a equipe escolhido a data e a hora que melhor favorecia a discussão, sem prejuízo funcional da UTIN.

IV. 1.6 Coleta de Dados

O método Grupo Focal foi utilizado para a coleta de dados, tendo sido realizado apenas um encontro, o qual foi considerado suficiente para alcançar os objetivos propostos. Segundo Victora, Knaut e Hanssen (2000), o número de encontros varia na dependência da necessidade do estudo e dos participantes.

O grupo focal, como meio de coleta de dados, possui basicamente três justificativas pontuadas por Ressel, Gualda e Gonzalez (2002). Em primeiro lugar, é utilizado com bastante frequência na área da saúde, sendo apropriado nas pesquisas qualitativas, pois pretende explorar um “foco”, ou seja, um ponto em especial. Em segundo lugar, pode ser aplicada tanto em tema ou ainda em grupo, para se apreender diferentes visões, ou determinados temas. E, finalmente, possibilita a construção de um conhecimento coletivo do grupo.

Uma característica marcante do grupo focal, segundo as autoras citadas é que garante aos pesquisados um espaço de reflexão de suas próprias concepções, de uma auto-avaliação, o que possibilita a mudança de comportamento. Tratando-se de pesquisa sobre interdisciplinaridade, o método grupo focal foi perfeitamente adequado devido as suas características, pois nesta pesquisa, o objetivo é a revelação das diferenças e das diversidades existentes no mesmo contexto.

Para Suanno (2002), os princípios metodológicos do Grupo Focal asseguram e privilegiam o discurso e as percepções dos atores sociais da realidade estudada, além de ser uma técnica sócio-qualitativa, coletiva, dinâmica e que promove a sinergia entre os componentes do grupo investigado, valorizando a palavra dos participantes, reconhecendo-os como *expert* de sua própria realidade, o que propicia o auto-desenvolvimento.

Vasconcelos (2002), afirma que o grupo focal constitui uma metodologia de investigação de processos e representações sociais e culturais de grupos específicos da

sociedade, referentes a temas, valores, atitudes e hábitos, formação de opiniões, consumo de produtos e serviços, etc. A metodologia do grupo focal consiste na formação de grupos de 8 a 10 pessoas com características sócio-econômicas e culturais homogêneas. Uma vez formado o grupo, este é estimulado por um moderador, a discutir um roteiro com alguns temas pré-selecionados.

Para melhor conduzir o encontro foi elaborado um protocolo semi-estruturado de questionamentos referente ao conteúdo almejado nos objetivos (Apêndice 10.2). Para a coleta de dados utilizei um gravador (registro em áudio) para posterior transcrição, pois este meio assegura a fidedignidade dos relatos obtidos. Para caracterizar o grupo de participantes, foi incluído no protocolo semi-estruturado, os critérios de seleção e algumas variáveis como idade, sexo, tempo de formação, como fatores que enriqueceram o grupo, pela oportunidade de revelar suas diferenças (Ver Apêndice 1.3).

Outro meio utilizado para coleta de dados foi o método Observação, realizado na unidade investigada em três dias alternados visando compreender o trabalho da equipe (principalmente os auxiliares de enfermagem já que não participaram do grupo focal) no seu cotidiano e analisar as suas práticas com objetivo de identificar se eram ou não interdisciplinares.

Lakatos (1988) afirma que, observar é aplicar atentamente os sentidos físicos a um objeto, para dele adquirir um conhecimento claro e preciso. A ciência depende dela para validar todos os outros processos. Sem a observação, a investigação da realidade e suas leis, seria pura conjectura e adivinhação.

A observação pode assumir várias configurações dependendo da finalidade ou a forma como será empregada, e de acordo com as variações deste método, optou-se pela Observação Sistemática que segundo Lakatos (1988), é realizada formalmente, utilizando técnica, planejamento e controle. Assim como nas outras modalidades, a observação sistemática necessita ser atenta, exata e completa, precisa, sucessiva e metódica.

Conforme Gil (1994) a Observação Sistemática é indicada em pesquisas que têm como objetivo a descrição precisa dos fenômenos ou o teste de hipóteses. Nas pesquisas deste tipo, o pesquisador sabe quais os aspectos da comunidade ou grupo que são significativos para alcançar os objetivos pretendidos. Por essa razão, elabora previamente um plano de

observação. Seguindo a metodologia de Gil, criou-se um plano de observação que visava obter as determinadas informações:

- Práticas de passagem de plantão: entre médicos, entre enfermeiros e entre auxiliares de enfermagem;
- Práticas relacionadas à educação em serviço;
- Práticas relacionadas à discussão de casos;
- Práticas relacionadas às “rondas”.

A organização e o registro das informações implica estabelecer, antecipadamente, as categorias necessárias à análise da situação. O registro da observação é feito freqüentemente mediante a utilização de folhas de papel como a lista de categorias a serem consideradas. Já relação entre o observador e o observado é bastante crítica na observação sistemática. Seu aparecimento, numa situação, precisa ser cuidadosamente preparado para que os membros do grupo possam aceitá-lo. Como de modo geral fica ocupado no registro do comportamento em folhas preparadas, fazendo uso de cronômetro e de outros recursos técnicos, o observador não consegue esconder que está fazendo a pesquisa. Por essa razão, torna-se necessário convencer os observados que o comportamento dos observadores não representa qualquer ameaça ao grupo (GIL, 1994).

As anotações foram realizadas em folha de ofício na própria unidade enquanto os profissionais desenvolviam suas práticas. Esta opção foi escolhida para que não ocorressem esquecimentos, mantendo assim a fidedignidade da pesquisa. Uma regra geral sobre quando devem ser feitas as anotações, é que quanto mais próximo do momento da observação, maior sua acuidade (LUDKE e ANRÉ, 1986).

A Técnica de Triangulação descrita por Triviños (1987), foi utilizada com o intuito de correlacionar o conteúdo disposto (quando há mais de uma técnica na coleta de dados), neste caso a observação sistemática possibilitou absorver elementos que não foram obtidos no grupo focal e vice-versa.

Segundo Triviños (1987), a técnica da triangulação tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo. Parte de princípios que sustentam que é impossível conceber a existência isolada de um fenômeno social, sem raízes históricas, sem significados culturais e sem vinculações estreitas e

essenciais com uma macrorrealidade social. Tais suportes teóricos, complexos e amplos, não tornam fáceis os estudos qualitativos.

IV. 1.7 Encontro – Grupo Focal

Para conduzir o encontro, foi elaborado um roteiro (Ver Apêndice 1.4), a fim de garantir o andamento da sessão de forma organizada e produtiva.

O local destinado ao encontro com o grupo foi à sala de reuniões, tendo sido organizada uma breve confraternização durante a coleta de dados para criar um clima mais descontraído e aconchegante.

Neste encontro compareceram dez profissionais, entre eles, neonatologistas, fisioterapeutas e enfermeiras. Cabe salientar que outros funcionários foram convidados, mas por motivos particulares não puderam comparecer. Outra situação ocorrida refere-se à ausência dos auxiliares de enfermagem que se justifica porque tornaria-se inviável e inoportuno que a unidade ficasse sem ninguém durante a entrevista, principalmente por que os auxiliares representam grande parte da assistência técnica realizada na UTIN. Portanto, para não excluir esses profissionais, conforme especificado anteriormente optou-se pelo método de observação durante o funcionamento da unidade.

IV. 1.8 Análise dos Dados

Análise de Conteúdo foi o método utilizado para a análise dos dados com base nos pressupostos de Triviños (1987), sobre a identificação de categorias de agrupamento e eventualmente subcategorias.

Segundo Gomes (1998), a palavra categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si, empregadas para estabelecer classificações. Complementa que este procedimento pode ser usado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa.

Gomes (1998), e Bardin (*apud* Triviños, 1987) organizam cronologicamente em três fases a Análise de Conteúdo: pré-análise, exploração do material ou descrição analítica e interpretação inferencial. A primeira fase define-se simplesmente pela organização do material a ser analisado. Já a segunda fase, é o momento de aplicar o que foi definido na fase anterior; os procedimentos como a codificação, a classificação e a categorização são básicas

nesta instância do estudo. E, finalmente a terceira fase caracteriza-se pelo momento em que devemos tentar desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto, ou seja, a reflexão e a intuição, com embasamento nos materiais empíricos, se estabelecem relações aprofundando as conexões de idéias.

Cada participante possui suas opiniões expressas ao longo da análise dos resultados e para manter seu anonimato e diferenciar um profissional do outro, utilizei os numerais de um a dez e a inicial de suas respectivas profissões para identificar cada sujeito no final das frases citadas durante o grupo focal (Ex. N2 – neonatologista, E7-enfermeira e F10-fisioterapeuta).

CAPÍTULO V.

V.1 INTERDISCIPLINARIDADE EM PESQUISA

Apesar da idéia interdisciplinar ser considerada antiga, o termo “interdisciplinaridade” é relativamente novo, assim como a pesquisa relacionada a essa prática, no qual acredita-se que teve como ponto de partida os pressupostos de Hilton Japiassú em 1976. Contudo, recentemente, existe um crescente interesse na pesquisa científica na área da saúde e educação.

Conforme Félix (2005) atualmente, a questão da interdisciplinaridade tem estado em pauta na maior parte das discussões sobre educação, saúde e conhecimento científico, pois se apresenta como uma resposta à diversidade, à complexidade e à dinâmica do mundo em que vivemos.

No que diz respeito à interdisciplinaridade, a professora Ivani Fazenda (1991) que muito contribui com suas reflexões a cerca deste tema, realiza um comentário no qual descreve a interdisciplinaridade como uma atitude frente às alternativas para maiores e melhores conhecimentos, além de proporcionar a reciprocidade que impele à troca, ao diálogo e comprometimento com os projetos e com as pessoas neles envolvidas. Refere-se ainda a atitudes de humildade, frente à limitação do próprio saber, de perplexidade frente à possibilidade de desvendar novos saberes e de desafio frente ao novo redimensionando o velho.

Para Fazenda (1991), outro fundamento importante para uma prática interdisciplinar consistente é a parceria, numa tentativa de incitar o diálogo com outras formas de conhecimento que não estamos habituados, e nessa tentativa a possibilidade de interpenetração delas. Neste sentido, realiza uma alusão à interdisciplinaridade como sinônimo de parceria, como o compartilhamento de falas, espaços, presenças, ausências e cumplicidade, ou seja, como atitude possível diante do conhecimento. E para Japiassú (1976) a interdisciplinaridade também está associada ao desenvolvimento de certos traços de personalidade: flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprender a agir na diversidade, aceitar novos papéis, dentre outros.

A busca pela harmonia e resolutibilidade do trabalho em equipe de profissionais aptos para atender às novas demandas da saúde traduz a importância que tem sido atribuída à interdisciplinaridade (FELIPPETTO, 2005).

Seguindo as reflexões a cerca da interdisciplinaridade, assim como parte-se do pressuposto que qualquer pesquisa exige dinâmica e flexibilidade do pesquisador surge à problemática que envolve este capítulo relacionada ao modo que deve-se desenvolver uma pesquisa sobre a prática interdisciplinar em saúde, justamente devido ao atual contexto que mostra a importância atribuída à interdisciplinaridade.

Segundo Vasconcelos (2002), o investigador que irá participar de qualquer pesquisa interdisciplinar deverá deter-se mais proeminente dentro do conjunto a ser estudado, sendo essencial recrutar profissionais identificados politicamente com as propostas teórico-metodológicas ou assistenciais inovadoras e que possuam flexibilidade e competência para trabalhar de acordo com os novos modelos propostos.

Contudo, a pesquisa em interdisciplinaridade como prática coletiva, não deve gerar confronto entre as disciplinas e requer ter representantes qualificados de cada umas delas, sendo necessário que todos estejam abertos ao diálogo, requerendo ser capazes de conhecer aquilo que lhes falta e que podem ou devem receber dos outros.

Vasconcelos (2002), afirma que o planejamento e a negociação para a implementação de uma pesquisa interdisciplinar exigem a formulação de um projeto de pesquisa, que apresenta o problema ou tema de estudo, ou contextualiza ou justifica, expõe o enquadramento conceitual e/ou técnico adotado, e os passos metodológicos e operacionais da investigação. Isso ocorre por que a pesquisa leva sempre aos serviços componentes de avaliação, de sistematização e de propagação das novas experiências. Dentro da estrutura é muito importante que o pesquisador crie dispositivos grupais e institucionais que estimulem a disponibilidade para analisar e quebrar as defesas corporativas, onde cada profissional possa reconhecer e expor as fragilidades, parcialidades e limites de sua abordagem, trocar informações, aprender com a experiência do outro, refazer sua identidade profissional em novas bases, e poder ir elaborando os inevitáveis conflitos teórico-metodológicos, institucionais e políticos da vida diária nos projetos.

A atuação interdisciplinar em saúde exige uma interação dos saberes e não a unificação deles. Limites flexíveis entre as disciplinas permitem aos pesquisadores trocas que

ampliam o conhecimento acerca de um objetivo comum, o que não significa renúncia do saber de sua área de conhecimento, mas permitir-se a ser questionado e questionar (FÉLIX, 2005).

A perspectiva da complexidade implica incentivar a recuperação da complexidade do objeto e do auto-conhecimento do pesquisador, bem como o reconhecimento e desenvolvimento das diversas dimensões e aptidões da vida na população em estudo ou clientela (VASCONCELOS, 2002).

Perceber a importância da troca de conhecimentos e saberes entre a equipe de saúde e outros setores, é vital para o que denominamos de pesquisa em interdisciplinaridade. Ela é peça fundamental nas ações promovidas por profissionais de uma mesma equipe na execução da atenção integral ao indivíduo. Pois, ações integradas necessitam de profissionais integrados (FELIPPETTO, 2005).

É possível através de uma pesquisa, mostrar que as práticas interdisciplinares buscam quebrar a solidão e a suposta onipotência jogada nas costas dos profissionais cujo mandato social é mais abrangente, visando à divisão de responsabilidades, a colaboração mútua nas decisões difíceis e o enriquecimento de sua profissionalidade (VASCONCELOS, 2002).

Acredita-se que o sentido de uma pesquisa interdisciplinar está exatamente na compreensão e na intencionalidade da efetivação de novas, melhores e mais consistentes parcerias. É, portanto, correto e coerente afirmar que a investigação em interdisciplinaridade é fruto, muito mais, do encontro de indivíduos, parceiros com idéias e disposição para o trabalho, do que de disciplinas.

CAPÍTULO VI.

VI. 1. RESULTADOS e DISCUSSÃO

VI. 1.1. Caracterização dos Sujeitos

De acordo como os dois métodos utilizados nesta investigação vários profissionais atuantes na UTIN foram envolvidos, entretanto, somente dez (que participaram do grupo focal) preencheram o formulário sobre características pessoais. Os demais profissionais fizeram parte da pesquisa através do método de observação realizado na unidade.

No projeto-mãe desta investigação, pode-se dizer que o recorte utilizado para os participantes do grupo focal dirigia-se a profissionais com formação universitária, sendo seis médicos neonatologistas, duas enfermeiras e duas fisioterapeutas.

Dando continuidade à caracterização dos sujeitos, dos dez participantes, apenas eram do sexo masculino. Em relação ao tempo de formação, quatro participantes já possuíam mais de três anos de formação e quatro já estavam formados a mais de cinco anos. Todos os médicos e todos os fisioterapeutas possuíam pós-graduação (especialização) e 8 participantes já trabalhavam na unidade há mais de um ano.

VI. 1.2 Grupo Focal

De acordo com os resultados obtidos no grupo focal foi possível desenvolver uma discussão baseada em Blocos de Informação. Estas categorias foram classificadas de acordo com o que os participantes da investigação referiam ser necessário para a prática interdisciplinar. A tabela a seguir foi desenvolvida com o objetivo de realizar um breve esclarecimento sobre os quatro blocos de informações e suas respectivas categorias.

BLOCOS E INFORMAÇÕES E CATEGORIAS - GRUPO FOCAL

Blocos de Informações	Categorias
PERCEPÇÃO CONCEITUAL DE INTEDISCIPLINARIDADE	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe - Diversidade profissional - Interação - Sinergia - Objetivo comum
PRÁTICAS COTIDIANAS	<ul style="list-style-type: none"> - Linguagem comum - Intervenção adicional - Experiência - Trabalho em Conjunto - Troca de Conhecimentos - Construção coletiva - Objeto Fronteiriço - Discussão
ATITUDES	<ul style="list-style-type: none"> - Aceitação das diferenças - Confiança
DIFICULDADES	<ul style="list-style-type: none"> - Interdependência - Ausência de diálogo - Familiarização de profissionais externos

Categorias relacionadas com a percepção conceitual de interdisciplinaridade

- **Equipe**

Muitas vezes ao se abordar a interdisciplinaridade em saúde surge, como ponto de partida, uma discussão a respeito do próprio termo, tão comumente usado em nosso meio. Este termo é facilmente confundido com o trabalho em equipe (o que poderá ser visto posteriormente através das falas dos participantes), tanto na pesquisa como na resolução de problemas práticos.

Por esse motivo parece-me conveniente iniciar esta discussão com a categoria relacionada ao agrupamento de profissionais, isso porque algumas vezes em que o assunto interdisciplinaridade estava em pauta surgia à denominação de equipe utilizada como sinônimo, inclusive ao iniciar o grupo focal pode-se perceber nos argumentos dos participantes uma similaridade no uso dos termos interdisciplinaridade e equipe.

“interdisciplinaridade pra mim é trabalho em conjunto” (N5).

“ao falar em interdisciplinaridade penso em equipe, trabalho sempre em equipe” (N1).

“quando a gente amadureceu como equipe a gente começou a trabalhar bem mais, tanto é que hoje é uma equipe fundamental e a gente trabalha direto na UTI, não tem quase solicitação, é tão presente o trabalho que já ficou, avaliações diárias, todos os bebês que tem indicação ou não” (N2).

O agrupamento de profissionais (mesmo que sejam somente dois) é indispensável para que ocorra a prática interdisciplinar, entretanto somente o agrupamento não é suficiente, pois a ação interdisciplinar é composta de reciprocidade entre a troca de conhecimentos e em um trabalho em equipe essa troca recíproca nem sempre ocorre. Pode-se afirmar então que interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e pluridisciplinaridade fazem parte do trabalho em equipe, mas o contrário nem sempre é verdadeiro.

Estes questionamentos que geralmente ocorrem sobre o tema ocorrem por que o termo interdisciplinaridade não possui ainda um sentido único e estável. Segundo Fazenda (2004), trata-se de um neologismo cuja significação nem sempre é a mesma e cujo papel nem sempre compreendido da mesma forma. Em outro texto a mesma autora comenta sobre a interdisciplinaridade:

a palavra é comprida e, para a maioria, indecifrável. É talvez o mistério que faz essa idéia ser tão sedutora (FAZENDA, 2001, p.1).

- **Diversidade profissional**

Como o grupo de profissionais da UTIN parte de um núcleo bastante restrito – médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, algumas vezes pode gerar uma interpretação inadequada para a prática interdisciplinar. Assim como citada anteriormente a interdisciplinaridade não se caracteriza pela quantidade de participantes, mas sim pela integração e reciprocidade entre os mesmos, porém, quanto maior o número de pessoas envolvidas em uma ação, maior o enriquecimento mútuo originado. A prática desenvolvida por dois profissionais de formação distinta, é considerada interdisciplinar por um de nossos interlocutores como podemos ver a seguir:

*“por ser um serviço de UTI, a gente fica muito voltado a **interdisciplinaridade médica e de enfermagem** por ser um serviço que precisa de enfermagem 24 horas e médico 24 horas” (N1).*

Novamente insisto no fato de que a interdisciplinaridade pode ocorrer simplesmente entre duas disciplinas, o que determinará esta circunstância é o objetivo em questão. Ou seja, cada objetivo comum demanda uma relação interdisciplinar comum. Por isso é possível que haja uma relação interdisciplinar entre o médico e o enfermeiro e uma outra relação pluridisciplinar com a fisioterapia, fonoaudiologia, etc. A ação profissional depende do momento (situação-problema, intervenção) e segue preceitos evolutivos: inicialmente ocorrerá a disciplinização (para chegar à interdisciplinaridade é necessário a presença de disciplinas), seguindo-se a interdisciplinaridade entre duas disciplinas e por último a interdisciplinaridade geral, permitindo discussão de casos pela equipe.

O mesmo participante (N1), apesar de considerar o trabalho na UTIN relativamente voltado apenas a duas profissões, faz outro comentário em que manifesta o desejo de atuar juntamente com outras disciplinas, e em seguida a enfermeira (E7), comenta sobre a importância da diversidade na assistência:

*“quando a gente mantém um trabalho efetivo, a gente vislumbra, as vezes, a **associação com outras disciplinas**” (N1).*

*“a parte de psicologia é importante, a fisioterapia que as gurias estão presentes, a fonoaudióloga, **quanto maior o número de profissionais com informação diferente, mais visões diferentes você tem sobre o assunto**” (E7).*

A diversidade, como característica, torna-se fundamental na prática interdisciplinar, ou seja, é necessária a articulação de distintas disciplinas (conforme as falas anteriores), de profissionais com formações diferenciadas, para que a ação não seja intradisciplinar (profissionais com a mesma formação interagindo). Portanto, parece-me oportuno realizar um esclarecimento sobre os aspectos fundamentais que caracterizam a interdisciplinaridade relacionada com a diversidade:

- Para que a ação interdisciplinar ocorra é necessário haver um grupo de pessoas que atuem em um mesmo setor. Este grupo pode ser formado por várias pessoas, como também pode ser composto por apenas duas pessoas, como por exemplo, médico e enfermeiro em uma UTI;

- Os profissionais envolvidos na prática interdisciplinar necessariamente devem ter formação diferente um do outro. A interdisciplinaridade irá surgir nas convergências (núcleo articulador das profissões: objeto fronteiro) dos diversos saberes, entretanto manterá a particularidade de cada área, como por exemplo, um neonatologista, uma enfermeira pediátrica, uma fisioterapeuta e uma fonoaudióloga envolvidas na assistência ao recém-nascido de alto-risco.

- **Interação**

Nesta categoria o termo **interagindo** utilizado pelos profissionais N1 e N5 da UTIN pode ser relacionado à interdisciplinaridade como uma categoria que auxilia na conceituação da interdisciplinaridade. É possível notar, que o sujeito N5 enfoca a importância da comunicação entre os diversos profissionais da equipe neonatal, destacando inclusive que o grupo mantém-se a par dos acontecimentos, assim como se percebe na fala do interlocutor N1 que a interação muitas vezes ocorre influenciada pela miscigenação de cultura, de origem e de formação dos profissionais envolvidos, mesmo que a comunicação seja intradisciplinar:

*“as meninas da fisioterapia, pode ser que nesta semana apenas uma tá passando mas a outra acaba sabendo o que tá acontecendo aqui e acaba todo mundo decidindo junto. Isso mostra que a gente tá realmente **interagindo** em equipe,” (N5).*

*“com vários médicos de lugares diferentes a gente acaba **interagindo**” (N1).*

O ponto de partida e de chegada de uma prática interdisciplinar está na ação. Mas que tipo de ação? A ação interdisciplinar pode ser desenvolvida de diversas formas, entretanto acredita-se que a comunicação desenvolva um modo eficiente de interagir por que define a construção de um sistema conceitual unificado que resulta da **interação** total dos sistemas disciplinares.

Conforme Orlando (2002), a equipe interdisciplinar é como um time de futebol, somente será efetiva se houver perfeita interação dos diferentes jogadores. Embora o médico seja o capitão do time e conduza boa parte das decisões do plano terapêutico, um dos fatores decisórios para o tratamento, é a qualidade do relacionamento interpessoal da equipe que realmente faz a diferença (ORLANDO, 2002).

Neste aspecto a fisioterapeuta (F10) afirma que o ambiente de trabalho da equipe neonatal possui interação e ao mesmo tempo cooperação, não somente em situações graves que geralmente exigem o comprometimento de todos, mas também na ação preventiva:

“é um campo aberto sabe, todo mundo tá aberto e todo mundo quer atuar preventivamente não quando o barco já tá afundando” (F10).

O desenvolvimento da interdisciplinaridade implica na capacidade de permanecer “aberto” ao mundo. A dimensão criadora do indivíduo tanto o leva a fazer novas associações, visando integrar idéias e objetos, quanto o leva a aprender a relacionar e operacionalizar pensamentos e objetos. Esse pensar, possibilita ao homem realizar novas descobertas a respeito de si mesmo e do mundo que o cerca (GOMES, 1997).

- **Sinergia**

A palavra sinergia refere-se à complementação do saber, característica esta indispensável para a prática interdisciplinar, pois a soma dos conhecimentos garante que cada profissional absorva um entendimento superficial sobre o saber do outro, facilitando a atuação de ambos e facilitando a ação da equipe multiprofissional. De acordo com os resultados a seguir pode-se perceber que os profissionais da UTIN citam diversas vezes frases com o termo complemento ou o verbo somar quando se referem à interdisciplinaridade.

“ um complemento do profissional” (N6).

“complementam um ao outro” (N5).

“ um vem com o conhecimento de uma área, outro vem com outro aspecto, um complementa o outro né?” (N5).

“...por isso a interdisciplinaridade é uma coisa que tu consegue somando conhecimento de todos pra ajudar e não só separando” (N2).

O complemento referido pelos participantes demonstra que cada profissional necessita contar com os saberes dos demais colegas, pois nenhuma pessoa por mais qualificada que seja possui total conhecimento sobre um saber. A ação interdisciplinar possibilita esse

complemento devido à intensidade das trocas entre especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas.

A interdisciplinaridade pode ser considerada o princípio da exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão dos seus limites, mas acima de tudo, é o princípio da diversidade e da criatividade, características estas que resultam principalmente da sinergia de vários saberes, onde todos são considerados importantes na construção de um novo saber, o saber interdisciplinar.

Alguns participantes expressam a sinergia com um sentido diferente das falas anteriores:

“o profissional entra na equipe quando vem pra somar pro paciente” (N1).

“a gente chama qualquer área o profissional que vai acrescentar” (N2).

“seja qual for a forma que solicitamos um profissional, como a fisioterapia ou nutrição, mas não pra dizer o que tem que fazer e sim pra acrescentar alguma coisa na terapêutica, no prognóstico desse bebê” (N3).

“trabalho interdisciplinar pra gente aqui na UTI é um profissional que venha pra somar mesmo” (N2).

As últimas quatro falas citam a sinergia relacionada a profissionais externos, ou seja, que não participam do dia-a-dia da equipe neonatal. Nestas citações nota-se que o acesso na UTIN pode ser considerado um tanto restrito segundo os participantes N2 e N3 um profissional externo somente é solicitado quando realmente irá contribuir para a saúde dos recém-nascidos. Nesta categoria é possível observar que diversos sujeitos realizam comentários relacionados à sinergia, certas vezes aproximando a caracterização a profissionais externos e em outros momentos realizam a aproximação ao próprio grupo:

“se a gente se convence que entre a gente cada um vindo de um serviço sempre tem uma coisa, um pouquinho diferente pra passar, acaba ajudando” (N4).

Quando a N4 comenta sobre “essa coisa um pouquinho diferente para passar”, parece tentar esclarecer aos demais a vantagem da sinergia associada a um profissional externo e ao mesmo tempo dá a impressão de querer convencer seus companheiros que todos que estão trabalhando na UTIN possuem conhecimentos diferentes para passar, justamente por que cada um tem uma formação específica em um lugar específico num momento distinto. Além de

realizar sua participação na entrevista a participante N4 deixou uma mensagem que possivelmente servirá para a melhoria em seu ambiente de trabalho.

Todos têm a ganhar com a sinergia no trabalho, um exemplo bem banal, mas que ocorre com frequência são os esquecimentos, principalmente relacionados a prescrições. Conforme os neonatologistas a seguir, a vantagem de agir interdisciplinarmente é a garantia que alguém sempre irá verificar o trabalho do outro e conferir se falta algo podendo contornar as falhas e complementar o serviço da equipe:

*“**tem alguns pacientes que a gente esquece** de prescrever e não tá na prescrição e as meninas da fisioterapia chegam e dizem: acho importante mesmo que não esteja no prontuário nos avaliarmos este bebê! Então um **complementa o trabalho do outro**” (N4).*

*“acho que esse é o **auge do trabalho interdisciplinar**, quando **tu esquece** de uma parte **mas essa outra parte já tem alguém cumprindo**” (N2).*

É preciso destacar que conforme as falas de N4 e N2 corre-se o risco de confundir faltas ou esquecimentos com interdisciplinaridade o que não pode ocorrer. Por isso é preciso frisar que apostar na interdisciplinaridade significa defender um novo tipo de pessoa, mais aberta, mais flexível, solidária, democrática, pois o mundo atual precisa de pessoas com uma formação cada vez mais polivalente, capazes de atuar em equipes no qual a interação e a complementação são necessárias para a assistência interdisciplinar.

- **Objetivo Comum**

Segundo Orlando (2002), o desempenho da equipe estará vinculado à compreensão clara de seus objetivos, à colaboração entre vários membros da equipe interdisciplinar, à percepção dos próprios papéis e habilidade de comunicação entre diferentes membros. Nesta categoria foi possível identificar que o objetivo comum da equipe neonatal define-se pela resolutividade, ou seja, a assistência do recém-nascido de alto risco:

*“**o bem estar daquele outro** que é o nosso objetivo” (N3).*

*“um profissional de fora deve trazer um pensamento que possa **melhorar o desfecho desse bebê**” (N2).*

*“quanto maior o número de profissionais com informação diferente, mais visões diferentes você tem sobre o assunto, isso em geral **é positivo sempre para o paciente**” (E7).*

*“discutimos muito por que cada um veio de um lugar, mas a discussão é **pra o bem da unidade e no final pro bem da criança**” (N6).*

*“buscando conhecimentos que foge do nosso alcance em outro profissional pra ajudar esse nosso paciente, nosso bebê (...) **buscar a melhora do paciente**” (N5).*

Segundo os sujeitos N3, N2, E7, N6 e N5, todos os esforços, discussões, solicitações visam dar suporte ao seu objetivo comum, assim como a enfermeira a seguir destaca a importância de que todos profissionais possuem uma maneira similar de agir em função da assistência:

*“aqui dentro a gente consegue **acabar com a mesma filosofia**, como enfermeira, ter essa visão interdisciplinar é bem produtivo, em função da maioria” (E7).*

Criar uma cultura profissional adequada ao contexto da saúde, em que os profissionais possam aderir às propostas de mudança de suas identidades profissionais convencionais, para se engajarem em práticas interdisciplinares de todos os tipos e exige um mínimo de **reciprocidade** dos colegas (VASCONCELOS, 2002). Sobretudo exige um determinado tempo para que os profissionais adquiram essa cumplicidade, entretanto a partir da fala de E7, identifica-se esta reciprocidade na equipe neonatal. Inclusive porque a prática interdisciplinar nos envolve no processo de aprender para cuidar. Ou seja, a troca de informações entre diversos saberes facilita a prática interdisciplinar, ou melhor, caracteriza-se por ser a interdisciplinaridade em si, além de beneficiar sempre o paciente que é o nosso principal objetivo como profissional da saúde.

Conforme N3, principalmente quando há RN graves, manifesta-se a ação interdisciplinar:

*“**nos casos** difíceis, mais graves, mais crônicos, agimos interdisciplinarmente pois **todos** profissionais se empenham para auxiliar na melhora do RN” (N3).*

A interdisciplinaridade surge na prática sobre uma situação concreta. Um problema objetivo gera espaço operacional para a relação interdisciplinar (espaço operacional =

emergência). Supõe-se que a interdisciplinaridade não possui como característica principal desenvolver-se quando surgem dificuldades, entretanto torna-se favorável pensar que esta atitude já é um começo, pois, busca a integração dos profissionais à medida que aparecem os problemas, também considerados objetos fronteiros, pois através de um caso grave, se requer a cooperação de um diversificado número de profissionais que integram uma equipe interdisciplinar para atuar na assistência imediata do recém-nascido de alto-risco.

Categorias relacionadas com práticas cotidianas

- **Linguagem comum**

Existe na equipe pesquisada uma preocupação a respeito da linguagem utilizada para a comunicação entre si e a comunicação com os pais, inclusive nas falas que seguem as integrantes N5 e N6 destacam principalmente a importância de haver uma mesma linguagem para informação aos pais:

*“teve um dia uma criança grave e o pai começou a me fazer questionamento e eu comecei a responder sobre possíveis seqüelas, e aí tudo que eu falava ele dizia, o **outro doutor também já falou** isso que a senhora falou” (N5).*

*“o ideal é que essa interdisciplinaridade seja feita todo mundo falando a **mesma língua**, na verdade é isso, resumindo antes de expor, discutindo, (...) senão chega cada um com informações para os pais, fica complicado as coisas” (N6).*

Pode-se perceber que as neonatologistas temem a contradição da informação com os familiares, mas a preocupação desta pesquisa relaciona-se com a linguagem de troca entre os diferentes profissionais. A comunicação clara e objetiva entre os participantes de uma equipe multiprofissional visa integrar conhecimentos que possibilita a criação de um ambiente de trabalho com qualidade no relacionamento interpessoal, como pode ser percebido a seguir:

*“falamos com a **mesma linguagem**, dificilmente trabalhamos de maneira diferente” (N2).*

Alguns participantes demonstram perceber a importância na linguagem comum na equipe, a interdisciplinaridade possui como condição básica à similaridade nos conceitos, nas idéias.

- **Intervenção adicional**

A categoria intervenção adicional surgiu através da expressão dos sujeitos sobre a ação de seus companheiros de trabalho, diferentemente da categoria Aceitação das Diferenças no qual os participantes comentaram sobre a ação de profissionais que não atuam diretamente com a equipe. Nas falas seguintes vislumbra-se a positividade da intervenção conforme os participantes, geralmente visando à melhora do RN:

*“aceitamos a **intervenção** da enfermeira, intervenção do psicólogo, **intervenção** da nutricionista” (N1).*

*“quem puder trazer intervenções que sejam **paralelas ou adicionais**, para o caso do paciente de UTI, para que ele melhore, pra que ele tenha alta em melhores condições, é sempre **bem-vindo**” (N3).*

A intervenção adicional citada anteriormente pela participante N3 pode ser vista como exemplo da construção proporcionada pela interdisciplinaridade. Por ser adicional, é que a intervenção pressupõe a imposição de limites na atuação. A percepção de limites é indispensável em cada participante da equipe interdisciplinar, pois permite a reciprocidade e ao mesmo tempo evita o avanço entre as diferentes disciplinas.

O espaço interdisciplinar, quer dizer, seu verdadeiro horizonte epistemológico, não pode ser outro senão o campo unitário do conhecimento, negando e superando as fronteiras disciplinares (JAPIASSU, 1976). Mas existe na ação interdisciplinar a dificuldade em reconhecer o limite de cada profissional, ou seja, uma fronteira necessária que as especialidades devem respeitar tendo muitas vezes que mudar ou adequar seus métodos de atuação, para que o serviço tenha qualidade, sem esquecermos que a interdisciplinaridade pressupõe a ocorrência de disciplinas.

Neste sentido percebe-se que a dinâmica da interdisciplinaridade é instigante, pois em um mesmo ambiente de trabalho é possível ser disciplinar ou ser interdisciplinar, depende do objetivo e do objeto de atuação.

- **Experiência**

A experiência ou a falta dela torna-se um fator importante para a efetivação do processo interdisciplinar segundo os participantes do grupo focal:

*“profissional novo, nunca trabalhou com RN, fazer ele trabalhar com a gente não seria no início uma coisa interdisciplinar, por que não **tem experiência**” (N2).*

*“mesmo aquele que **não sabe sobre neonatologia** ele sabe no caso da fisioterapia, no caso da fisioterapia respiratória, sempre vai saber mais do que o médico” (N2).*

*“o profissional que **desconhece** a equipe, ou que não discute, ou que tem **uma formação diferente**” (N1).*

Nem todos os profissionais ingressam em uma equipe com a experiência necessária para assistir pacientes graves ou participar de uma equipe interdisciplinar, entretanto o processo interdisciplinar trata-se de algo a ser construído coletivamente, onde a participação de todos integrantes torna-se fundamental para o êxito da equipe. Por isso, a participação de todos profissionais envolvidos é necessária, assim como à procura de novos conhecimentos, troca de experiências teóricas e práticas.

- **Trabalho em Conjunto**

A categoria trabalho em conjunto relaciona-se com os argumentos utilizados que demonstram a vantagem da prática interdisciplinar em uma determinada equipe como pode ser visto os depoimentos seguintes:

*“atualmente todos **trabalham em conjunto** por que é indispensável para o bem-estar do bebê” (N2).*

*“trabalhamos a interdisciplinaridade dessa forma, **trabalho em conjunto**, (...) pensamento, (...) conhecimento, como os médicos, como as fisioterapeutas, em função da melhora do bebê, acho importante e positivo” (E8).*

*“trabalhando **mais em conjunto**, realizando a rotina entre todos, por isso que melhorou” (N1)*

*“as três áreas aqui representadas a gente pode ter muito a ganhar e **trabalhar junto** para o bem estar daquele outro”(N3).*

*“gosto muito **de trabalhar em conjunto**” (E8).*

A relação entre interdisciplinaridade e trabalho em conjunto mostra-se fundamental para N2, E8 e N1, inclusive nota-se que anteriormente essa ação conjunta não havia (a ação era fragmentada) e atualmente com esse tipo de prática em que o trabalho em conjunto é objetivado (ação unitária) melhorou o ambiente de trabalho e a assistência ao recém nascido. Outro fato que deve ser comentado é a satisfação de poder trabalhar contando com o auxílio de demais profissionais conforme a participante E8.

De acordo com Pereira *apud* Olguin (2002), a interdisciplinaridade começa no entendimento de que a complexidade dos mundos físico e social requer que as disciplinas se articulem, superando a fragmentação e o distanciamento, para que possamos conhecer mais e melhor (OLGUIN, 2002).

- **Troca de Conhecimentos**

Segundo Etges (1993), a troca de conhecimento e a busca de novos saberes, fazem parte da ação interdisciplinar, conseqüentemente, entende-se por interdisciplinaridade como o princípio da compreensão da ciência, da compreensão de seus pressupostos e dos seus limites. Portanto o princípio da exploração máxima das potencialidades de cada constructo e quando se descobrem os limites, ela é o impulso à busca de novos horizontes para a superação do atual constructo e a criação de um novo. Além da comunicação, existem outras formas que possibilitam a troca de conhecimentos entre profissionais, como podemos perceber na citação da fisioterapeuta (F9):

*“procuramos **ler os prontuários** médicos e evolução de enfermagem, **algum questionamento se preciso os médicos sempre estão a disposição**” (F9).*

A comunicação aparentemente demonstra ser o meio mais efetivo de trocar informações entre os profissionais. Percebe-se, segundo as falas desta categoria, os profissionais da UTIN, utilizam diversas formas de comunicação, como por exemplo, a escrita, oral direta e oral indireta:

“o pouco que eu conheço da fisioterapia junto com a parte que eu conheço da medicina a gente pode, ela pode me trazer uma coisa, eu posso trazer outra” (N3).

“a gente troca muito conhecimento durante as discussões”(E8).

“a gente procura fazer isso muito, por que se eu tô com a enfermeira ou com uma fisioterapeuta e vê alguma anormalidade, explicar um pouco da patologia”(N3).

“e a gente tá podendo chegar a hora que a gente quiser e perguntar informalmente o que tá acontecendo aqui” (F10).

Por isso, o termo interdisciplinaridade surge ligado à finalidade de corrigir possíveis erros em uma ciência excessivamente compartimentada e sem comunicação interdisciplinar. Gomes (1997) afirma que na vivência desse processo de desenvolvimento, salienta-se a percepção da necessidade do interdisciplinar como condição básica de enriquecimento pessoal e profissional, como cita N3:

“interdisciplinaridade é isso, eu ganho com a informação dela e ela ganha com a minha informação e o paciente vai ganhar o dobro com essa informação” (N3).

Na atualidade, interdisciplinaridade emerge como uma necessidade, como uma imposição do próprio contexto de saúde, estando implícita no próprio processo de aprendizagem do indivíduo (GOMES, 1997). Considero a aprendizagem, ou melhor, a troca de conhecimento uma característica importantíssima da interdisciplinaridade.

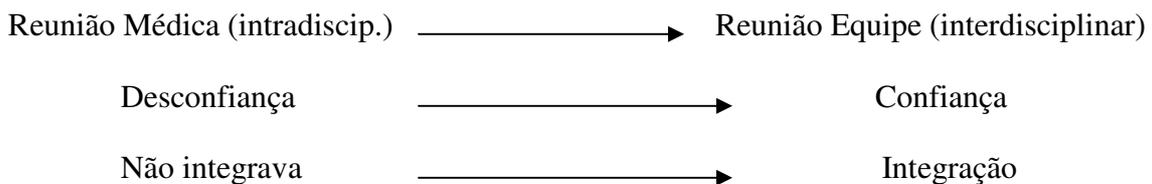
- **Construção coletiva**

Em relação à construção coletiva, os profissionais salientam principalmente que devido à origem distinta de formação de cada um, a unidade neonatal torna-se um espaço propício para esta construção:

*“ela pode me trazer uma coisa, eu posso trazer outra e a **gente construir algo**” (N5).*

*“começamos a fazer encontros com o grupo de médicos primeiro. Como cada um veio de um serviço, cada um tá **trazendo uma coisa diferente**, então o grupo de médico tá **ganhando com isso**. No momento **posterior** a gente vai tentar fazer isso **todo mundo junto**” (N3).*

Na equipe pesquisada percebe-se o processo de construção (panorâmica) da interdisciplinaridade de acordo com N3:



A interdisciplinaridade consiste na transposição do saber de um sistema construído ao outro. Desta forma, Fazenda (2001) afirma que ela forma-se a partir de tudo que cada integrante já estudou em sua vida. A interdisciplinaridade serve para dar visibilidade e movimento ao talento escondido que existe em cada um de nós.

O atual interesse pela interdisciplinaridade não somente na área da saúde tem muito a ver com uma sociedade cada vez mais desenvolvida e com uma vida social com maiores parcelas de participação, na qual o planejamento tornou-se um conceito chave. A interdisciplinaridade vem desempenhando um importante papel na solução de problemas sociais, tecnológicos e científicos, contribuindo ao mesmo tempo, de forma decisiva para esclarecer novos e ocultos problemas (SANTOMÉ, 1998).

Nesta categoria percebe-se que as construções coletivas iniciaram através de movimentos realizados entre médicos, assim como entre enfermeiras para primeiramente buscar uma cooperação intradisciplinar (ação entre membros com formação equivalente) para

em seguida buscar uma cooperação interdisciplinar entre todos os membros atuantes da UTI Neonatal.

“as enfermeiras entre si discutem qual é o melhor método para aplicar no paciente dentro da UTIN o que pode ser melhorado, pra gente conseguir montar um trabalho melhor” (E8).

Estas reuniões intradisciplinares na qual não há presença de outras especialidades, buscam a integração dos serviços, o enriquecimento mútuo dos participantes, já que cada um veio de uma escola diferente, podendo assim caracterizar-se como uma prática que visa à construção coletiva, que também pode definir-se, conforme N1 em:

“um meio onde as pessoas não sabem fazer, é um meio de pessoas que aprendem juntos a fazer alguma coisa” (N1).

- **Objeto Fronteiriço**

Conforme a reflexão que consta no sistema conceitual deste trabalho, a definição realizada em seguida, especifica a necessidade de uma área em comum na ação interdisciplinar, além de esclarecer a diferença entre interdisciplinaridade e multidisciplinaridade:

“a multidisciplinaridade seriam círculos separados de áreas de conhecimento, a interdisciplinaridade seria a gente colocar esses círculos juntos, então tem áreas em comum de todos” (N3).

Esta área em comum é o que foi citado anteriormente no sistema conceitual desta pesquisa como objeto fronteiriço. Trata-se de uma zona de troca ou também denominada zona de interface. Acredita-se que objetos fronteiriços podem ser a chave na busca de espaços potenciais ao desenvolvimento da interdisciplinaridade.

Conforme Garcia (2000), com a interdisciplinaridade questiona-se a segmentação dos diferentes campos de conhecimento. Por isso, buscam-se os possíveis pontos de convergências entre as várias áreas e a sua abordagem conjunta, propiciando uma relação epistemológica entre as disciplinas. Contudo, salienta-se novamente que para ocorrer a

relação entre disciplinas, é necessária a articulação de saberes em uma área em comum entre os participantes.

- **Discussão**

Após a construção de vários aspectos imprescindíveis para o processo interdisciplinar, como por exemplo, a agrupamento de profissionais para trabalhar em conjunto, a sinergia e a diversidade necessária, aceitando as diferenças e as intervenções paralelas para assim poder interagir em uma área em comum visando à troca de conhecimento, buscando a construção coletiva, superando a desconfiança, diferenças disciplinares e a ausência de diálogo, desenvolve-se uma linguagem comum baseada na confiança. Estas circunstâncias impostas para a interação interdisciplinar de um grupo possui um fim: a tomada de decisão a partir de uma situação-problema concreta. As situações que podem ser analisadas abaixo descrevem os principais fatos que instigam a discussão e conseqüentemente a ação interdisciplinar:

“a gente discute a conduta, quanto tempo de permanência, procedimentos nestas crianças e o que a gente precisa decidir a alta das crianças” (N5).

“as reuniões a gente discute casos, casos de bebês internados, a gente discute patologia” (N6).

“discute pressão familiar, discute a parte multiprofissional, a gente discute todas as técnicas, se fala sobre todos os assuntos” (N2).

“nos dias que não tem reunião o trabalho em equipe já tá vendo que trabalhamos tanto em equipe que nenhuma decisão dificilmente a gente toma sozinho, se não tá aqui a gente liga um pro outro, a gente sempre acaba discutindo mesmo que por telefone”(N4).

É preciso insistir no papel da negociação e discussão entre todas as pessoas que compõem a equipe de trabalho. Elas devem estar dispostas a proporcionar todo tipo de esclarecimentos aos demais integrantes da equipe, a debater questões metodológicas e conceituais. As discussões representam os diálogos entre a equipe multiprofissional, onde ocorrem situações concretas (mesmo que inicialmente seja intradisciplinar) que conseqüentemente levar a interdisciplinaridade.

“as enfermeiras entre si discutem qual é o melhor método para aplicar no paciente dentro da UTIN o que pode ser melhorado, pra gente conseguir montar um trabalho melhor”(E8).

*“o importante é que o que eu tô fazendo com a criança, a enfermeira e a fisioterapeuta **tem que entender** o que estou fazendo, lógico que não tem que conhecer tudo, mas pra na hora que **eu falar** que esse nenê tá grave e esse não dá pra fazer a fisioterapia ou esse nenê tá grave e é importante fazer a fisioterapia por que a gravidade dela é uma atelectasia, enquanto não fizer a fisioterapia ela não vai melhorar” (N3).*

Neste último depoimento, N3 exemplifica como deve haver uma sincronia a partir da linguagem profissional frente a uma situação-problema (geralmente ponto de partida para a ação interdisciplinar). Entretanto, quando o participante comenta sobre “eu falar” ou “entender o que eu tô fazendo!”, percebe-se um posicionamento de médico-centrado. A partir da linguagem do profissional percebe-se um conteúdo implícito não favorável a prática interdisciplinar.

Categorias relacionadas com atitudes interdisciplinares

- **Aceitação das diferenças**

Em relação ao aspecto aceitação, as respostas dos participantes apresentam-se positivas e concordantes com a participação de profissionais externos que possivelmente possam ter opiniões diferentes do grupo atuante diariamente na UTIN:

*“a gente tá preparado para **aceitar**” (referindo-se a participação de profissional externo)(N1).*

*“hoje ainda aconteceu um caso. A gente chamou o cirurgião para avaliar o bebê, justamente pensando no que ele poderia acrescentar pelas sua maior experiência com esse tipo de paciente e a gente sempre tem que pensar que quando a gente chama alguém pra avaliar tem que tá **aberto a aceitar a sugestão** desse profissional”(N2).*

*“nós estamos abertos a aceitar a sugestão desse profissional de fora, **mesmo que possa ser um pouco diferente** da nossa, por que senão, não tem sentido chamar o cirurgião, ele vai te dizer uma coisa e tu não faz e isso não é trabalho interdisciplinar” (N2).*

Da mesma forma que a diversidade é considerada importante pelo grupo entrevistado para que ocorra a prática interdisciplinar, a aceitação da diferenças entre os profissionais envolvidos também se torna fundamental segundo os participantes, pois será responsável pela formação de um clima agradável e propício para trabalhar.

Neste contexto é possível perceber que tanto o participante N1 como N2 demonstram que a equipe está disposta a aceitar profissionais externos, entretanto sabe-se que nem sempre é fácil concordar com certas atitudes tomadas por pessoas cuja prática diária é desconhecida por nós. Neste aspecto questiona-se porque na prática, a aceitação pode ser mais complexa? Talvez, de certa forma, essa problemática pode ser compreendida a seguir na categoria Confiabilidade.

A interdisciplinaridade em saúde, segundo Meirelles (2003), caracteriza-se por um processo dinâmico e complexo, cuja compreensão aponta para reflexões onde todo conhecimento é importante frente ao saber universal (NEITZEL *et al*, 2004). Desta forma, segundo o mesmo autor, torna-se inviável que profissionais de uma equipe ignorem os conhecimentos dos demais colegas. Neste sentido, pode-se observar em seguida que a equipe neonatal investigada respeita e valoriza as diferenças disciplinares:

*“**buscando conhecimentos que foge do nosso alcance** em outro profissional pra ajudar esse nosso paciente” (N6).*

*“todos nós (referente a equipe) temos uma **visão muito parecida**, nunca igual, mas muito parecida e isso melhora bastante o que tu imagina pra evolução daquele paciente”(N1).*

*“um profissional que **esteja estudando, se atualizando**, ele não precisa ter formação específica, até por que não são todos profissionais que tem formação neonatologia, é uma **área relativamente nova**” (N2).*

No sistema conceitual deste trabalho há referência sobre a evolução histórica da neonatologia, que se correlaciona com o depoimento do neonatologista N2 quando considera a ciência relativamente nova, entretanto, apesar de ser recente, possui uma estrutura bastante sólida quanto às distintas disciplinas que a compõem. Justamente porque o grupo de profissionais da UTIN partiu de um núcleo bastante restrito e vêm agregando, ao longo dos últimos anos, vários outros colaboradores. Este fato reflete o aumento de confluências entre as disciplinas, assim como o aumento na complexidade no atendimento dispensado aos pacientes críticos, em grande parte alavancado pela vertiginosa evolução tecnológica, com a conseqüente necessidade cada vez maior de especialização (ORLANDO, 2002).

Não se trata, no entanto, de menosprezar a especialização, pois sem ela não teríamos atualmente os avanços tecnológicos necessários para assistência de pacientes graves, entretanto o serviço interdisciplinar possui afinidade com profissionais flexíveis,

democráticos, sem apego as aptidões disciplinares, ou seja, pessoas dispostas a ensinar e a aprender, conseqüentemente aumentando a aceitação das diferenças, e conforme a citação a seguir é possível observar uma nova categoria que possivelmente deriva da categoria aceitação das diferenças: a **complexidade...**

*“hoje a informação que a gente tem, o conhecimento que a gente tem pra se manter atualizado na nossa área já é difícil, então se eu tivesse que buscar um conhecimento na área da fisioterapia, na área da enfermagem aí eu nunca estaria atualizada na minha de uma maneira **global**” (N3).*

A reflexão realizada pela participante N3 exemplifica a importância de existir diferenças disciplinares em uma equipe interdisciplinar, mas acima de tudo ressalta que um profissional não é completamente eficiente sem a participação do outro ao demonstrar a dificuldade que enfrenta um profissional em manter-se atualizado, já com a interdisciplinaridade à troca de conhecimento entre as distintas disciplinas proporciona a atualização dos integrantes em uma área específica. Inclusive pode-se notar que diferenciadas técnicas disponibilizadas por profissionais externos também são valorizadas na unidade investigada:

*“gente chama qualquer área o profissional que vai acrescentar ou com uma **técnica diferente**”(N2).*

Acredita-se que o enriquecimento de um grupo ocorre na medida em que distintas técnicas e avanços científicos são inseridos na realidade da equipe, disponibilizando a troca entre as disciplinas envolvidas, justamente porque cada profissional é portadora de um saber único que se complementa principalmente conforme vá adquirindo experiência e confiança nos demais colegas de trabalho.

- **Confiança**

Para confiarmos uns nos outros (no caso da equipe neonatal investigada) é preciso um determinado tempo para que o pessoal possa trabalhar coletivamente:

*“tem um exemplo, no início a gente trabalhava muito menos com a fisioterapia, a gente passou um ano **querendo pegar confiança em nós e nelas também**”(N2).*

“com o tempo, com experiência (...) adquirimos confiança.”(N4).

A **confiança** torna-se essencial para desempenhar de maneira efetiva a prática interdisciplinar principalmente devido à reciprocidade e mutualidade que são necessárias para que a interdisciplinaridade seja alcançada.

A dificuldade de confiar, muitas vezes é compreensível, pois somente agora as instituições começam a promover abordagens interdisciplinares, por isso, sabe-se que não é uma tarefa fácil para os profissionais de saúde realizar suas práticas de maneira interdisciplinar, pois, são educados com uma visão fragmentada e experimentam uma prática com pouca cooperação entre as disciplinas. Assim a interdisciplinaridade surge como uma possibilidade de romper com essa fragmentação e construir novas relações de cooperação, colaboração e associação entre os profissionais.

“tá vendo que a pessoa tá se aperfeiçoando, se ajudando, tu acaba confiando mais e acaba agindo mais em conjunto” (N4).

“o profissional que lida com bebê da UTI tem total liberdade para avaliar e pra manejar esse bebê, e a gente percebe que quanto mais a gente chama um profissional, mais a gente confia nesse serviço interdisciplinar” (N6).

Confiar em um companheiro de trabalho, muitas vezes, exige um olhar diferenciado, que possibilite compreender novos referenciais, novas estruturas, no processo de estruturação do seu saber, incentivando e viabilizando novas formas de cooperação e comunicação. Então, novamente a comunicação proporciona (entretanto agora não como categoria, mas sim como ferramenta de interação) o desenvolvimento da ação interdisciplinar possibilitando através do cotidiano que cada profissional adquira confiança em seus colegas de trabalho, como podemos ver a seguir conforme N3:

“a enfermeira tá com aquele paciente todos os dias, eu não tô aqui alguns dias, então quando ela falar: o nenê tá diferente hoje, tá mais quieto, eu vou dar crédito que quem tá olhando todos os dias é aquela enfermeira”(N3).

Neste mesmo sentido N2 e N6 complementam:

“precisa ter um entrosamento maior da equipe, que pode ocorrer através de reuniões, práticas diárias, ...” (N2).

*“tem que ser um **grupo que geralmente já se conhece**, eu acho **que assim pode funcionar bem**” (N6).*

Na análise desta categoria a caracterização de confiança se dá através de um processo segundo os profissionais entrevistados, primeiramente surgem citações que se referem a confiança *versus* tempo, já na segunda caracterização a confiança é assimilada a ações necessárias para adquiri-la.

Neste momento torna-se favorável à discussão sobre a questão da subjetividade na interdisciplinaridade, pois a atitude interdisciplinar passa pela atitude de confiança, assim como as demais competências interdisciplinares que se correlacionam: habilidade, conhecimento e a própria atitude.

Um dos principais obstáculos que a equipe de saúde enfrenta trata-se da desconfiança frente aos demais profissionais. Esta situação que inclusive é citada por vários sujeitos da pesquisa intervém na formação de uma equipe interdisciplinar, entretanto, na maioria das falas pode ser visto que a desconfiança era comum principalmente na formação da unidade:

*“no início quando a gente começou a trabalhar com o grupo a **gente sempre tem a desconfiança**”(N5).*

*“os primeiros bebês que internaram a enfermagem por não ser treinada, **pouco fazia e só observa** as condutas médicas e executava os procedimento prescritos, **com o passar do tempo**, a enfermeira começa a mexer nos bebês, fisioterapeutas nem entravam nessa unidade” (N1).*

*“a **gente não abria mão**, inclusive entre nós médicos, eu dizia assim, eu **não quero saber o que cada um já fez**, mas esse bebê vai ser meu. “ Tu te acha melhor?” Não! Eu quero assumir por que se alguma coisa acontecer, eu vou saber que sou eu, a gente tinha medo de saber se dava errado era por que a fulana ou siclana tá mexendo ou a fisioterapeuta tá mexendo demais, tem médico de Minas, outras vieram do Conceição, então tudo isso era uma coisa muito insegura”(N2).*

*“tu queria fazer tudo sozinho, eu cuido os bebês mais graves, eu vinha de manhã de tarde e de noite, só **os médicos tocam, as enfermeiras só tocam se os médicos tiverem do lado**, a gente fazia isso no início” (N2).*

De acordo com as citações de N5, N2 e N1, percebe-se que realmente havia uma desconfiança no princípio, principalmente por que os próprios neonatologistas descrevem a assistência aos recém-nascidos graves que somente eles realizavam. Para que situações como estas sejam resolvidas, os profissionais envolvidos em uma equipe de saúde devem contar

com uma política de trabalho bem estruturada que estabelece limites, obrigações e direitos de cada participante da equipe para que o serviço se torne cada vez mais efetivo. Do contrário, questões como a que veremos a seguir podem tornarem-se rotineiras:

“o pessoal da fisioterapia, será que sabe cuidar de bebê? E a nutricionista será que sabe cuidar de bebê?” (N5).

Esta assistência que inicialmente só era efetivada pelos neonatologistas, pode impedir a efetivação da prática interdisciplinar em uma equipe multiprofissional. Através de questionamentos que envolvem a capacidade de qualquer integrante, cria um ambiente de total desconfiança, no qual a individualidade irá crescer juntamente com as confusões na assistência.

A confiança trata-se de uma qualidade fundamental tanto na interdisciplinaridade como na área da saúde. Na interdisciplinaridade porque esta tem sua razão de ser na busca da interação entre os conhecimentos disponíveis pelos participantes, assim como na área da saúde, devido principalmente às situações de emergências vivenciadas, onde não confiar na ação do colega pode ser fatal para o paciente.

Desta forma, a abordagem interdisciplinar tem um papel importante, pois, contribui na construção de conhecimentos necessários a partir da busca da integração, de instaurar formas de totalidade em um campo de saber múltiplo, pluralista, heterogêneo; reconhecendo a complexidade dos fenômenos, dialeticamente, com olhares diferenciados (MEIRELLES, 2003).

Categorias relacionadas com as dificuldades da ação interdisciplinar

- **Interdependência**

Ocasionalmente o envolvimento de uma equipe gera dependência dos integrantes entre si:

“um bebezinho que vai fazer uma cirurgia, nunca o cirurgião vai acompanhar ele todo o dia, por isso o cirurgião depende de toda a equipe e principalmente no pós-operatório” (N4).

“qualquer profissional de fora vai depender muito mais do colega pra ter interdisciplinaridade para conseguir o serviço dele também” (N4).

Em situações de emergência, certas atitudes devem ser tomadas instantaneamente mesmo com a ausência de algum integrante da equipe, do contrário a espera poderá ser fatal. É preciso esclarecer que em um trabalho em equipe é a situação-problema que vai determinar, em último caso, se a atuação será disciplinar (dentro da especificidade da profissão) ou interdisciplinar (dentro da especificidade da equipe). Isto nos leva a uma reflexão sobre o que realmente envolve a problemática da interdisciplinaridade. A participação, o companheirismo, a reciprocidade dos integrantes torna-se fundamental partindo do pressuposto que a ação interdisciplinar é coletiva, desta forma a interdependência não se caracteriza por ser um empecilho desta prática, mas sim uma conseqüência do relacionamento multiprofissional.

- **Ausência de diálogo**

Na interdisciplinaridade todo o conhecimento é compartilhado. O diálogo torna-se uma das principais possibilidades atuar interdisciplinarmente. A primeira condição de efetivação da interdisciplinaridade é o aperfeiçoamento na arte de entender e esperar. Neste sentido, a ausência de diálogo surge como dificuldade e empecilhos produzindo certos problemas no processo de efetivação da prática interdisciplinar:

“a interdisciplinaridade falha quando um profissional vem pra fazer uma avaliação ou um trabalho com aquele bebê, não conversou com o médico ou com a equipe antes de expor o paciente para os seus pais” (N6).

“se tu chama algum de outra especialidade, vem pra falar com os pais cinco minutos e ele em cinco minutos, não discute com a equipe e pode mudar toda projeção que tu tava dando pra aquele caso e modifica completamente a aceitação dos pais naquele problema e aí gera um grande problema muito maior do que se a gente estivesse indo a rigor no nosso próprio conhecimento, então um exemplo banal que as vezes acontece” (N1).

Segundo os participantes N6 e N1, principalmente quando um profissional evita ou esquece de comunicar-se com os demais, cria-se um ambiente de desunião, no qual as contradições e intrigas prevalecem. Novamente ressalvo que interdisciplinaridade busca a ação integrada entre as disciplinas, priorizando a comunicação e a cooperação. A partir do

momento em que falha a comunicação na prestação de serviços se inicia a compartimentalização da assistência, conforme é possível perceber na exemplificação de N2:

*“o que acontece nas instituições maiores, é que tem vários profissionais, tem todos profissionais e não tem nenhum, dá **confusões** bem grandes até por que o cirurgião pede uma coisa, o médico pede outra, a fisioterapeuta pede outras e a enfermeira pede outra” (N2)*

- **Familiarização de profissionais externos**

No grupo focal houve muitos comentários sobre profissionais externos que não se familiarizam com o ambiente de trabalho da UTIN e interferem no tratamento de paciente graves:

*“uma coisa importante no serviço quando a gente chama um profissional a gente não quer que ele venha pra fazer o nosso serviço, **cada um faz a sua parte**” (N4).*

*“quanto mais grave é o paciente mais **difícil** é a gente entrar com interdisciplinaridade, com a conversa com os parentes então é onde eu vejo bastante dificuldade pois tu tá dando um andamento correto, tá conversando sobre aquilo e aparece uma pulguinha (especialista de fora) “ há mais podia ser feito a 4ª Tomografia computadorizada 30 dias depois”, e se **perde muito com isso em alguns momentos**, por que o profissional **desconhece a equipe**” (N1).*

Percebe-se que os profissionais concordam com a aceitação das diferenças como necessária para a efetivação da interdisciplinaridade, quando se trata da equipe da UTIN. Entretanto quando o profissional não pertence a equipe, por mais que venha para contribuir na evolução do paciente, afirmam que primeiramente é preciso conhecer a rotina da equipe para evitar discordâncias na assistência, e assim impossibilitar a ação interdisciplinar.

VI. 1.3. Práticas Profissionais

Após finalizar a técnica grupo focal, iniciei a observação na UTIN pesquisada buscando entender as práticas interdisciplinares realizadas pelos profissionais. A primeira vez que compareci na unidade como observadora, apresentei meus objetivos para os presentes que totalizavam naquele momento seis auxiliares de enfermagem e duas enfermeiras, sendo todas as participantes do sexo feminino. Com as observações, foi possível através de oito categorias caracterizar as principais ações desenvolvidas que familiarizam-se ou condizem com práticas profissionais interdisciplinares. Utilizei números romanos para correlacionar o texto sublinhado com os aspectos destacados após cada categoria.

Passagem de Plantão realizada pelos Médicos:

A passagem de plantão médica (I) ocorre todos os dias às 8 horas da manhã, exceto em sábados e domingos que os plantões são de 24 horas. Tive a oportunidade de presenciar uma passagem de plantão médico que iniciou com uma referência generalizada do estado de saúde dos pacientes no local de prescrições, em seguida, as neonatologistas dirigiram-se para as incubadoras.

Durante este processo as médicas discutem sobre o aspecto geral de um paciente (II), que teve intercorrência durante a noite e sugerem o diagnóstico de uma patologia do RN, além de discutirem a conduta realizada durante a noite e o porquê da conduta (prescrição de exames), assim como é sugerida para a plantonista do dia a possibilidade de entrar em contato com outros dois especialistas (III, IV) para dois pacientes específicos da UTI. Presencio questionamentos sobre considerações especiais para as técnicas de curativos ou aumento de dosagem de dietas (V). A passagem de plantão dura cerca de 45 minutos.

Aspectos importantes a serem destacados nesta prática:

- Comunicação entre profissionais com a mesma formação (I);
- Discussão de situação-problema (II);
- Aceitação de diferenças (III);

- Comunicação entre profissionais com distinta formação (IV);
- Trabalho em conjunto (V);

Todos estes aspectos observados também foram citados durante a técnica grupo focal. A correlação entre as duas técnicas possibilita verificar a fidedignidade dos argumentos citados na entrevista através da observação dos profissionais durante sua prática diária. Conforme a conceituação sobre interdisciplinaridade deste trabalho, o primeiro aspecto (I) destacado nesta categoria pressupõe uma ação intradisciplinar, devido à prática ocorrer entre profissionais que possuem a mesma formação, ou seja, entre neonatologistas. Já no quarto aspecto (IV) percebe-se que existe a comunicação com especialista de formação distinta, entretanto para que a prática seja considerada interdisciplinar não basta a comunicação de diversos profissionais, mas sim que estes distintos profissionais interajam, atuem reciprocamente, trocando informações sobre o paciente, do contrário a ação pode ser caracterizada como pluridisciplinar ou mesmo intradisciplinar.

Percebe-se que os itens II, III e V surgem à medida que um caso específico relacionado à assistência ao recém-nascido induz a interação da equipe visando a resolutividade, possibilitando a prática interdisciplinar.

Passagem de Plantão realizada pelas Enfermeiras:

Nesta prática ocorreu um fato que chamou minha atenção, pois o início da passagem de plantão começa com toda equipe de enfermagem ao mesmo tempo, entretanto a enfermeira mantém diálogo somente com outra enfermeira e as auxiliares atuam da mesma forma. Mesmo ocorrendo o encontro frente às incubadoras dos bebês, a passagem de plantão continua separadamente (I). Percebo que as enfermeiras são breves ao passar as informações (II) de seu turno, discutem sobre as principais intercorrências (III) do plantão. A duração da passagem de plantão é de aproximadamente 10 minutos.

Aspectos importantes a serem destacados nesta prática:

- Ausência de Trabalho em Conjunto (I);
- Comunicação entre profissionais com a mesma formação (II);

- Discussão de situação-problema entre profissionais do mesmo nível (III);

Pode-se perceber que a equipe de enfermagem não realiza totalmente um trabalho em conjunto durante sua prática diária, pois a passagem de plantão acontece separadamente, ou seja, não mescla informações das enfermeiras com as auxiliares de enfermagem. Sendo assim, um questionamento surge à cerca desta situação: Pode ser considerada uma falha na prática interdisciplinar o fato da equipe de enfermagem realizar a passagem de plantão separadamente? Entretanto, ao mesmo tempo em que as enfermeiras não compartilham informações com as auxiliares, percebe-se a comunicação entre as enfermeiras (II), que conseqüentemente induz a uma discussão sobre situações-problemas provenientes do plantão passado.

Passagem de Plantão realizada pelas Auxiliares de Enfermagem:

Obviamente, o fato citado anteriormente que se refere à passagem de plantão ocorrer separadamente entre a equipe de enfermagem deve ser citado novamente, contudo outros acontecimentos merecem destaque frente a esta caracterização. A passagem de plantão entre as auxiliares (I) é muito rápida e simplificada, sendo que apenas as funcionárias da noite falam, relatando somente alterações ocorridas no plantão, ou seja, as características do bebê como, por exemplo, pesos, patologia que o RN apresenta, por exemplo, não é comentado (II). Caso a funcionária que irá fazer as seguintes 12 horas de plantão não conhece o RN, ela precisa ir procurar nos prontuários (III), características de internação do RN.

Outra consideração a ser feita sobre a passagem de plantão entre as auxiliares é o fato de não ser discutida (II), como é a passagem das enfermeiras. Ficou claro ao observar as auxiliares que as funcionárias noturnas que “entregaram” o plantão, possuem uma angústia de passar as informações rapidamente para poderem ir embora e ao mesmo tempo as funcionárias diurnas que recebem o plantão concordam com essa passagem rápida, pois necessitam, iniciar seus procedimentos o quanto antes para que não haja atraso no cumprimento das prescrições durante seu plantão.

Gostaria de ressaltar que tive a oportunidade de observar mais de uma vez a passagem de plantão da equipe de enfermagem, mas as trocas de turno praticamente não se diferenciam da passagem anteriormente relatada. Segundo a enfermeira de plantão, esse método foi adotado por que as auxiliares não prestavam atenção na passagem de plantão ou haviam

funcionárias que saíam mais cedo já que era enfermeira que passava o plantão. Esse método foi adotado para desenvolver a responsabilidade das funcionárias. A duração da passagem de plantão também dura aproximadamente 10 minutos.

Aspectos importantes a serem destacados nesta prática:

- Comunicação entre profissionais com a mesma formação **(I)**;
- Ausência de diálogo **(II)**;
- Comunicação escrita **(III)**;

As três categorias referentes à passagem de plantão apresentam um tipo de comunicação intradisciplinar bastante limitado, por outro lado observa-se a importância da comunicação escrita, em que geralmente os médicos e as enfermeiras realizam suas considerações e as auxiliares de enfermagem são favorecidas devido à sinergia da equipe no qual um funcionário beneficia o outro.

Quando me refiro à ausência de comunicação, quero expressar que durante os diálogos realizados entre as auxiliares, não ocorre a discussão de casos, ou troca de idéias, apenas uma funcionária passa as informações necessárias enquanto que a outra ouve. Acredita-se que a comunicação desenvolva um modo eficiente de interagir, principalmente se esta ação envolve uma série de profissionais da saúde em um meio que exige cuidados intensivos.

Treinamento em Serviço:

Segundo uma enfermeira presente durante as observações, existe muita substituição de funcionários, e ela assim como suas colegas necessita estar em constante treinamento **(I)**, ressaltando que após o treinamento, quando adquirem confiança **(II)** eles saem da UTIN.

Observou-se o treinamento da enfermeira com uma auxiliar **(IV)** recém contratada (aproximadamente há uma semana na unidade). O procedimento explicado **(I)** tratava-se do banho do RN em estado intermediário. A supervisora realizava primeiramente a técnica, demonstrando como se faz e ao mesmo tempo explicando suas principais características.

Logo após, outra auxiliar mais antiga repetia a técnica, sendo observada pela funcionária nova (também auxiliar)(III).

Aspectos importantes a serem destacados nesta prática:

- Treinamento (I);
- Confiança (II);
- Comunicação entre profissionais com a mesma formação (III);
- Comunicação entre profissionais com distinta formação (IV);

Conforme Santoro Junior (1994), a Unidade de Assistência Neonatal Intensiva deve contar com pessoal de enfermagem treinados, de maneira a assegurar aos RNs supervisão e vigilância contínua e reavaliações clínicas e laboratoriais frequentes. A partir de um olhar plural é possível compreender o treinamento como um dos passos iniciais para uma ação interdisciplinar, isso porque ao ensinar um profissional, desenvolve-se um trabalho em conjunto que conseqüentemente poderá instigar a interação, a troca de conhecimentos, à sinergia e por fim, a confiança (aspecto II desta caracterização).

Pensa-se que a comunicação, conforme relatado no grupo focal, seja uma das formas mais eficientes de proporcionar a ação interdisciplinar, inclusive, muitas vezes precedida pela comunicação intradisciplinar, como ocorre, por exemplo, nesta equipe geralmente antes da troca de informações entre pessoas de formação distinta, os profissionais da UTIN conversam com as pessoas que possuem a mesma formação.

Discussão de Casos:

Tanto os neonatologistas como as enfermeiras realizaram discussões de situação-problema em minha presença. Na passagem de plantão médica (I), acompanhei as profissionais discutindo patologias, inclusive de pacientes que não estavam mais internados, além da observação de um Rx de RN demonstrando o local indicativo de lesão e após a discussão sobre o caso (II), realizam confirmação de um diagnóstico e decidem a conduta a ser tomada, juntas (I). Os casos mais graves são levados para discussão médica (I) em sua

reunião semanal. Da mesma forma notei a discussão das enfermeiras (I) sobre as principais intercorrências do plantão.

Aspectos importantes a serem destacados nesta prática:

- Comunicação entre profissionais com a mesma formação **(I)**;
- Discussão de situação-problema **(II)**;

Constata-se a semelhança dos fatos encontrados entre as categorias emergentes do grupo focal e da observação sistemática, pois, repete-se a discussão de caso através de uma comunicação intradisciplinar, que possivelmente, se considerada grave, estará em pauta no diálogo da equipe em ocasiões destinadas a resolver esse tipo de situação.

Comunicação:

Assim que os cuidados aos pacientes são definidos, as auxiliares lêem os prontuários e retiram as informações (I) necessárias do RN. Os prontuários do pacientes são documentos considerados fundamentais na comunicação de uma equipe de saúde. Nestes papéis encontram-se os dados gerais do paciente como sua patologia, prescrições, aprazamento de medicações, evolução do RN, exames laboratoriais e de imagem, enfim, uma grande concentração de informações que a equipe registra para realizar a assistência enquanto o paciente estiver internado. Por estas razões observei a evolução de enfermagem e a evolução médica para verificar o conteúdo deste tipo de comunicação: a escrita.

A evolução de enfermagem (I) encontra-se juntamente no prontuário do recém-nascido, com a prescrição médica e é realizada exclusivamente pela enfermeira. Basicamente refere-se às técnicas ou procedimentos e alterações ocorridas no plantão; é relativamente resumida e não há prescrição de enfermagem no prontuário. Na unidade, cada paciente possui uma ficha que corresponde aos principais dados e sinais do paciente em 24 horas, como por exemplo, quantidade de micções, volume da cada micção, temperatura, frequência cardíaca e frequência respiratória, entre outros, e nesta ficha obrigatoriamente a auxiliar responsável pelo paciente realiza sua evolução no verso da folha, onde o relato também é resumido, semelhante à evolução da enfermeira.

A evolução médica (I) em relação à de enfermagem, é bem mais completa, refere-se dados da internação, motivo da internação, dados da mãe, investigação de filhos mais velhos, descrição dos dados do RN, exame físico realizado, diagnóstico e condutas, exame físico, a expressão MANUSEIO MÍNIMO em destaque, referência de intercorrências detalhadas, possíveis encaminhamentos para outros centros buscando alternativas indisponíveis na instituição, prescrição de exames e o porquê se mantêm ou altera a conduta. Pode-se dizer que a primeira evolução médica é consideravelmente mais completa e as seguintes são adicionais, referentes ao dia-a-dia do paciente. Evoluções de outros especialistas (III) não referem dados sobre o paciente, apenas há a descrição da técnica realizada e a conduta a ser seguida pela enfermagem. A prescrição médica possui seguinte sentença: “Rotinas de UTI”. Esta sentença as funcionárias realizam rotineiramente sem a necessidade de prescrição (IV), essas rotinas realizadas pela enfermagem incluem:

- Cuidados agrupados (ou seja, o recém-nascido deve ser movimentado o mínimo possível, por isso prescreve-se que os cuidados sejam realizados agrupadamente).
- Cuidados com coto umbilical;
- Troca de fralda e higiene genital;
- Banho em pacientes intermediários 1x ao dia;
- Troca do sensor digital de 2/2 horas;
- Troca de Sonda Orogástrica a cada 72 horas;
- Sinais vitais;
- Higiene ocular/oral

Ainda sobre comunicação observei a orientação realizada entre a neonatologista e a enfermeira (II) sobre um determinado RN e sua condição. A médica mostra o Rx do RN demonstra uma possível patologia que o bebê pode ter e sua possível conduta frente ao problema.

Aspectos importantes a serem destacados nesta prática:

- Comunicação escrita **(I)**;
- Comunicação entre profissionais com a mesma formação **(II)**;
- Aceitação de diferenças **(III)**;
- Linguagem comum **(IV)**.

Basicamente esta categoria é formada por aspectos que se referem aos prontuários dos recém-nascidos. Através destes documentos, diversas ações instigam a iniciação do processo interdisciplinar em uma equipe, pois todas as considerações destacadas são pontos que favorecem essa ação.

Relacionamento:

Durante toda a passagem de plantão médica, ninguém da equipe de enfermagem (I) participou, somente respondia a alguns questionamentos à distância quando eram indagadas. Assim como percebi a presença da nutricionista que vem apenas para preencher os formulários das dietas oferecidas e não se relaciona em momento algum com a equipe (I).

A relação entre os neonatologistas e o cirurgião (II) é um fato desconhecido na equipe de enfermagem (I), ou seja, não há participação nesta comunicação, só posteriormente a enfermagem tem acesso através dos prontuários (III).

Aspectos importantes a serem destacados nesta prática:

- Ausência de relacionamento (I)
- Comunicação entre profissionais com distinta formação (II);
- Comunicação escrita (III);

Nestes itens destacados acima, percebem-se alguns pontos que prejudicam o processo interdisciplinar, principalmente ser pensarmos da seguinte forma: as passagens de plantão não poderiam ser consideradas espaços potenciais para proporcionar a integração da equipe? Neste mesmo sentido, a presença de profissionais que não convivem integralmente com a equipe (nutricionista) não deveria ser administrada diferentemente? Contudo é interessante perceber que em uma mesma categoria pode-se observar a ausência de comunicação em alguns momentos, mas também a comunicação entre profissionais de distintas formações.

Assistência ao RN:

A assistência aos recém-nascidos de alto-risco ocorre através o método de assistência com cuidados integrais, em que cada auxiliar de enfermagem assume todas as técnicas de determinado bebê e comunica-se com a enfermeira supervisora em caso de intercorrência (I). A divisão dos pacientes é delimitada pela enfermeira. O método de assistência integral dividindo os pacientes igualmente para as funcionárias é uma característica da unidade em todos os períodos. Sendo assim, existe a possibilidade dessa prática dificultar a comunicação (II) entre as funcionárias durante o plantão, por que cada uma precisa cumprir com suas tarefas dentro de um certo período para que não ocorra falha nos horários da alimentação e medicação dos RNs, entretanto, devido ao número reduzido de funcionários, a enfermeira auxilia a equipe durante a assistência (III).

Outro fato que observo é que a enfermeira delega funções protocoladas como, por exemplo, a retirada da sonda orogástrica e a solicitação para auxiliá-la estimular a alimentação via-oral no RN, visando a adaptação ao meio-externo sem o auxílio de instrumentos (IV). Além da assistência propriamente dita, todas as 3ª feiras à noite, são realizados os encontros entre as enfermeiras (V), com o objetivo principal de elaborar o Manual de Rotinas da Unidade visando à padronização da assistência.

Aspectos importantes a serem destacados nesta prática:

- Comunicação entre profissionais com distinta formação (I);
- Dificuldade de comunicação (II);
- Trabalho em conjunto (III);
- Resolutividade (IV);
- Comunicação entre profissionais com a mesma formação (V);

Em casos práticos, como a assistência de recém-nascidos de alto-risco, várias situações surgem com o objetivo de melhorar as condições de saúde do paciente. Essas situações podem ou não proporcionar a prática interdisciplinar, mas as circunstâncias que guiarão este processo dependerá do modo como a equipe atua.

Desta forma, concordo com Rodrigues e Costenaro (2001) quando afirmam que o enfermeiro deve ser um profissional acessível, disposto a realizar mudanças, investir no

trabalho de equipe, pois o cuidado é complexo, refere-se ao ser bio-psico-sócio-espiritual. Devido a essa complexidade, é requerido em cuidado desempenhado pela equipe multiprofissional, com o objetivo de atingir a excelência na assistência.

CAPÍTULO VII.

VII. 1. CONSIDERAÇÕES FINAIS

VII.1.1. Síntese da Discussão

Esta pesquisa buscou conhecer a visão sobre interdisciplinaridade dos profissionais de uma equipe de Terapia Intensiva Neonatal através do Método Grupo Focal e Observação Sistemática. A partir dos objetivos determinados para esta pesquisa, iniciarei comentando as concepções descritas da equipe acerca da interdisciplinaridade e sua prática. Basicamente todos os integrantes possuem certa noção do que trata a interdisciplinaridade e a partir de exemplos citados de seus cotidianos podemos perceber que em vários momentos preocupam-se com o exercício desta prática. Porém, em alguns momentos existe a troca entre o termo interdisciplinaridade e o trabalho em equipe ou em conjunto. Talvez este não seja um problema específico, mas sim, uma relação entre termos que necessitam um do outro.

Um fato que se destaca nos relatos é a importância referida na comunicação entre as mesmas disciplinas (ação intradisciplinar). Esse estudo demonstrou no discurso a importância na troca de conhecimentos e saberes, e a desejada busca da união futura de todas as disciplinas envolvidas.

Entre as principais vantagens descritas pela equipe da prática interdisciplinar estão: prevenção, trabalhar em função da maioria e principalmente o compromisso de dar continuidade no serviço mantendo a mesma qualidade, a sinergia que facilita a reciprocidade de conhecimentos, a aceitação de diferenças após adquirir confiança, o desenvolvimento de uma linguagem em comum assim como, proporcionar a tomada de decisões em conjunto.

Entretanto a dificuldade no reconhecimento do limite de cada profissional, ou seja, a fronteira necessária que as especialidades devem respeitar tendo muitas vezes que mudar ou adequar seus métodos de atuação, para que o serviço seja efetivo caracteriza, segundo a equipe desvantagem significativa ao trabalhar numa perspectiva interdisciplinar Também foi possível perceber que a insegurança, a dependência em outros funcionários, a ausência de diálogo e o desconhecimento da equipe são fatores negativos na construção do processo interdisciplinar.

Com relação à observação sistemática, meu principal objetivo era entender como se dava à interdisciplinaridade na prática das auxiliares de enfermagem. Neste objetivo pude perceber que as auxiliares não atuam com os demais profissionais da equipe, entretanto durante a observação notei que as enfermeiras e os médicos esforçam-se para desempenhar da melhor forma possível esta prática interdisciplinar. Talvez a diferença na formação entre auxiliares e os profissionais que possuem 3º grau completo seja a principal questão que os diferencia, já que os cursos técnicos, assim como seu próprio nome diz, dirigem seus ensinamentos basicamente para o tecnicismo de seus alunos.

Santomé (1998) diz: “a interdisciplinaridade é um objetivo nunca completamente alcançado e por isso deve ser permanentemente buscado. Não é apenas uma proposta teórica, mas, sobretudo uma prática. Sua perfectibilidade é realizada na prática; na medida em que são feitas experiências reais de trabalho em equipe, exercitam-se suas possibilidades, problemas e limitações”.

VI.1.2. Síntese Propositiva e Novas possibilidades de Investigação

De acordo com a própria equipe Neonatal investigada, existe a idéia de futuramente realizar reuniões semanais contando com todos os membros. Este passo seria fundamental para complementar a prática interdisciplinar. Outra alternativa para a melhoria da interdisciplinaridade na neonatologia pode ser definida pela união dos profissionais durante as passagens de plantão ou também nas chamadas rondas (no qual o estado geral do paciente é revisto), pois, estes momentos proporcionariam discussões de casos baseados em situações-problemas, criando um espaço de reciprocidade.

A partir dos resultados obtidos abre-se um espaço potencial para avançar e ajudar a construir uma relação entre a interdisciplinaridade e a neonatologia. Com esta pesquisa foi possível proporcionar o início nas investigações de uma nova temática. A interdisciplinaridade em saúde passa por um recorte recentemente conhecido e pesquisado, assim como a ciência neonatal. Desta forma a união destes dois temas coloca em pauta vários interesses e conseqüentemente sugere várias pesquisas, como por exemplo: Amamentação em recém-nascidos de alto-risco x equipe interdisciplinar; Interdisciplinaridade atuando no apoio aos pais de recém-nascidos internados em UTIN; A sistematização da interdisciplinaridade em uma equipe neonatal.

VII. 1.3 Limitações

Apesar de possuir profissionais de outras especialidades que atuam na unidade, como nutricionista, bioquímico, cirurgião e psicóloga, apenas a equipe de enfermagem, os médicos e as fisioterapeutas compareceram ao grupo focal, privando a discussão de seus saberes.

Outra limitação encontrada relaciona-se aos auxiliares de enfermagem analisados em sua prática diária através da observação que ao perceberem minha presença sentiam-se intimidados e praticamente não se comunicavam entre si, com receio de cometer algum erro, já que trabalhei durante um tempo na unidade pesquisada.

VII. 1.4 Recomendações

Aos profissionais de saúde:

- que se comprometam em manter constantemente a aplicabilidade e busca no conhecimento da interdisciplinaridade em seu local de trabalho, proporcionando assim um cuidado cada vez mais humanizado ao recém-nascido. Segundo Costenaro (2001), a equipe deve exercer a interdisciplinaridade, vivenciando o respeito, solidariedade, companheirismo, comprometimento com a qualidade no serviço, estimulando o auto-conhecimento e o crescimento pessoal e profissional do conjunto.

As instituições formadoras de profissionais de saúde:

- que estimulem os alunos a conhecer os benefícios de atuar interdisciplinarmente;
- que proporcionem exercícios práticos que possuam a prática interdisciplinar como foco em seus alunos;
- que realizem reciclagem periodicamente em seus docentes, enfatizando a importância da prática interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

ALBANO, N; MIRANDA, L.E.V. Organização da Unidade de Tratamento Intensivo. In: VIEGAS, D.; MORAIS, R.V.; **Neonatologia Clínica e Cirúrgica**. São Paulo: Ateneu, 1986.

ALMEIDA, J. S. **Saúde Neonatal - Enfermagem em Neonatologia – UTI Neonatal**. Disponível em: <<http://www.medicinaintensiva.com.br/neonatologia.htm>>, 2004. Acesso em: 10/02/2005.

ALVES-MAZZOTTI, A.J. ; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **Normas para área física e instalações de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**, 2004. Disponível em: <http://www.amib.com.br/> Acesso em 10/07/2004.

AVERY, G.B. **Neonatologia, Fisiologia e Tratamento do Recém-Nascido**. 4. ed., Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

BASSETTO, M.C.A. *et al.* **Neonatologia: Um convite à atuação Fonoaudiológica**. São Paulo: Editora Louvise, 1998.

BEHRMAN, R. E.; VAUGHAN, V. C. **Nelson Tratado de Pediatria**, 13. ed., v.1. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1990.

_____. **Nelson Tratado de Pediatria**, 13. ed., v.2. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1990.

BORDONI, T. C. **Uma Postura Interdisciplinar**. Disponível em: <http://www.forumeducacao.hpg.ig.com.br/textos/textos/didat_7.htm>, 2004. Acesso em: 20/09/2005.

CALIL, R.; VEIGA, J.F.F. **Controle de Infecção em Neonatologia**. Texto ainda não publicado. [mimeo]

CARGNIN, M. T. *et al.* Família - Enfermeira: Uma relação necessária na UTI. In: COSTENARO, R. G. S. (org.) **Cuidando em enfermagem: Pesquisas e reflexões**. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2001.

CAT, I.; GIRALDI, D. J. **Terapia intensiva e reanimatologia pediátrica**. Curitiba: Ed. da Universidade Federal do Paraná, 1983.

CHAUD, M. N. *et al.* **O cotidiano da Prática de Enfermagem Pediátrica.** São Paulo: Editora Atheneu, 1999.

COSTA, A.P. F.; FILGUEIRAS, E. O.; MARQUES, R. Q. **Psicomotricidade:** Uma abordagem nova e indispensável nos cuidados do RN internado em UTI. Disponível em: <http://www.aleitamento.med.br/a_artigos>, 2004. Acesso em: 10/07/2004.

COSTENARO, R. G. S. **Ambiente Terapêutico de cuidado ao Recém-Nascido internado em UTI Neonatal.** Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2001.

CUNHA, M. L. C., Recém-Nascidos Hospitalizados: A vivência de pais e mães. **Revista Gaúcha Enfermagem.** Porto Alegre, v. 21, n. esp., p. 70-83, 2000.

CUTOLO, L. R. A. **Estilo de Pensamento em Educação Médica – Um Estudo do Currículo do Curso de Graduação em Medicina da UFSC.** Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação, CED/UFSC, 2001.

_____. **Construindo um Instrumento para Investigar Interdisciplinaridade na Graduação na Área da saúde.** In: Anais do XLI Congresso Brasileiro de Educação Médica. Florianópolis, 2003.

_____. **Interdisciplinaridade e Ciências da Saúde.** Anais do Fórum Catarinense de Escolas de Enfermagem, Itajaí: UNIVALI, 2004.

DIAS, S. *et al.* **Pensando a Interdisciplinaridade na Prática do Programa de Saúde da Família.** Mestrado Profissionalizante em Saúde: Saúde da Família, UNIVALI, 2003 [mimeo].

DINIZ, E.M.A. *et al.* **Manual de Neonatologia.** São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, Physi Revinter, 1994.

ETGES, N. J. **Produção do conhecimento e interdisciplinaridade.** Educação e Realidade. v.18, n.2, p.73-82, 1993.

FAZENDA, I. C. A. **Integração e Interdisciplinaridade no Ensino Brasileiro.** São Paulo, Ed. Loyola, 1979.

_____. **Interdisciplinaridade – Um Projeto em Parceria.** São Paulo, Loyola, 1991.

_____. **Interdisciplinaridade – História, Teoria e Pesquisa.** Campinas, Papirus, 1994.

_____. **Interdisciplinaridade de A a Z.** Cortez Editora. Disponível em: <<http://www.educacional.com.br/reportagens/educar2001/texto04.asp>>, 2001. Acesso em: 19/09/2005.

_____. **A Questão da Interdisciplinaridade no ensino.** Disponível em:
<<http://www.ensinofernandomota.hpg.ig.com.br/textos/arquivo>>, 2004. Acesso em: 18/07/ 2004.

FELIPPETTO, S. **Espaços Potenciais para o desenvolvimento da interdisciplinaridade no Curso de Odontologia.** Dissertação de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho - Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, Itajaí, 2005.

FÉLIX, S. B. C. M. **Objetos fronteiriços possibilitando o desenvolvimento da interdisciplinaridade durante a graduação em Fisioterapia.** Dissertação de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho - Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, Itajaí, 2005.

FENWICK, E. **Guia Prático: Mamãe & Bebê.** Da gravidez aos três anos. São Paulo: Editora Nova Cultura, 2000.

FLECK, L. - **La Génesis y el Desarrollo de un Hecho Científico.** Madrid: Alianza Editorial, 1986.

FLEMING, H. **Educando para pesquisa científica.** Disponível em:
<<http://hfleming.com/papers/node1.html>>, 1998. Acesso em: 18/07/2004.

FONTES, J.A.S. **Perinatologia Social.** São Paulo: Fundo Editorial BYK, Proceinx, 1984.

GARCIA, L. A. M. **Transversalidade e interdisciplinaridade.** Disponível em:
<<http://uvnt.universidadevirtual.br/ciências/artigos>>, 2000. Acesso em: 18/07/2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de Pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

GOMES, D. C. R. *et al.* **Interdisciplinaridade em saúde: um princípio a ser resgatado.** Uberlândia: Edufu, 1997.

GOMES, R. Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. *In.*: MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** 9.ed., Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

GRAJWER, L.A. Necessidades Básicas de Equipamentos em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. *In.*: VIEGAS, D.; MORAIS, R.V. **Neonatologia Clínica e Cirúrgica.** São Paulo: Ateneu, 1986.

HERNANDEZ, A. M. **O neonato de risco.** São José dos Campos: Pulso, 2003.

HUMES, E. Bastidores da UTI Neonatal. **Reader's Digest Seleções.** Rio de Janeiro, Abril, 2001.

ILLER, H.; LEONE, C.; MARCONDES, E. **Pediatria na atenção primária**. São Paulo: Savier, 1999.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KENNER, C. **Enfermagem Neonatal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2001.

LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1988.

LARANJEIRA CLÍNICA PERINATAL, **UTI Neonatal**. Disponível em: <<http://www.perinatal.com.br/paginas/uti.html>>, 2004. Acesso em: 10/07/2004.

LEIFER, G. **Princípios e Técnicas em Enfermagem Pediátrica**. 4. ed. São Paulo: Editora Santos, 1995.

LEONE, C. R.; TRONCHIN, D.M.R. **Assistência integrada ao recém-nascido**. São Paulo: Atheneu, 1996.

LEOPARDI, M. T.; NIETSCHKE, E. A. **Coletânea de textos elaborada para a disciplina de Metodologia da Pesquisa**. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem: UFSC & UFSM, 2000.

LISBOA, A. M. J. *et al.* **Assistência ao Recém-Nascido: Normas e Rotinas**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 1999.

LOBO, L. C. G. – Ensino das Matérias Básicas. **Revista Brasileira de Educação Médica**. RJ, v. 5. (2): 83-130, maio/agosto, 1981.

LOUREIRO, S. Interdisciplinaridade e multidisciplinaridade na prática da Saúde Coletiva: uma utopia possível? *In*: OFICINA DE TRABALHO: **Estratégias para el trabajo interdisciplinar e multidisciplinaridade em la práctica de la salud colectiva**. 1992, Caracas. Relatório Caracas, 1992.

LÖWY, I. Fleck e a Historiografia Recente da Pesquisa Biomédica. *In*: PORTOCARRERO, V. **Filosofia, História e Sociologia das Ciências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACDONALD, M. G.; JOHNSON, B. Educação Continuada *In*. AVERY, G.B. **Neonatologia, Fisiologia e Tratamento do Recém-Nascido**. 4. ed., Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

MACHADO, C. M. D.; MEDEIROS, H. F. Reflexões sobre a assistência de enfermagem ao Recém-nascido pré-termo em unidades Neonatais. *In* COSTENARO, R. G. S. (org.) **Cuidando em enfermagem: Pesquisas e reflexões**. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2001.

MARCONDES, E. **Pediatria Básica**. 8. ed., São Paulo, Sarvier, 1991.

MENDES, E. V. **A Evolução Histórica da Prática Médica, Suas Implicações no Ensino, na Pesquisa e na Tecnologia Médica**. Belo Horizonte: PUC/FINEP, 1985.

MEIRELLES, B. H. S. **Viver saudável em tempos de AIDS: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção pela infecção pelo HIV**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Área de concentração de opção: filosofia, saúde e sociedade. Florianópolis – SC, 2003.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

MINISTÉRIO DE ESTADO DA SAÚDE. **Portaria nº 3432 - 12 de Agosto de 1998**. Disponível em: <<http://www.medicinaintensiva.com.br/portaria.htm>>, 2004. Acesso em: 29/11/2004.

MIURA, E.; PROCIANOY, R. S. **Neonatologia: Princípios e práticas**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

NAGUMA, M. *et al.* **Procedimentos técnicos de enfermagem em UTI Neonatal**. São Paulo: Ed. Atheneu, 1995.

NEITZEL, L. C.; SUBTI, M. J. D.; GOMES, R.C.G. **Hipertexto e interdisciplinaridade**. Disponível em: <<http://www.facom/ufba/hipertexto.html>>, 2004. Acesso em: 18/07/2004.

NEONATOLOGY. **Neonatology**. Disponível em: <<http://www.neonatology.org/index.html>>, 2004. Acesso em: 18/07/2004.

OLGUIN, G. **Interdisciplinaridade**. Disponível em: <<http://www.campogeral.com.br/texto.php>>, 2002. Acesso em: 24/02/2004.

ORLANDO, J. M. C. **UTI: Muito além da técnica... a humanização e a arte do intensivismo**. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

PASTORE, K.; BERGAMO, G. A vitória de chegar ao berço. **Revista Veja**. ed.1881, ano 37, n. 47, Editora Abril: 24 de novembro de 2004, p. 88-92.

PERINI, E. *et al.* O Indivíduo e o coletivo: alguns desafios da epidemiologia e da medicina social. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v. 5, n. 8, p. 101-118, 2001.

PIASSI, J. **Ruídos Na UTI Neonatal** - Cuidado com isso! Disponível em: <http://www.escelsanet.com.br/sitesaude/artigos_cadastrados/artigo.asp?art=1052> Publicado em: 27/03/2003. Acesso em: 10/07/2004.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

REBEKAH, J.; HAMILTON, R.N.C. **Reflection from a neonatal nurse: a philophical dialoge**. MNC, v. 23, n. 3, 1998.

REES, L. H. Medical Education in the new Millennium. **Journal of Internal Medicine**. v. 248 (2), p. 95-101, 2000.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R.; GONZALEZ, R. M. B. **Grupo Focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem**. International Journal of Qualitative Methods 1 (2), Article 5. Retrieved DATE from Disponível em: <<http://www.ualberta.ca/~ijqm>>, 2002. Acesso em: 15/10/2004.

RODRIGUES, Z. C.; COSTENARO, R. G. S. Atuação do enfermeiro e equipe multiprofissional no Centro de Terapia Intensiva: Um estudo fundamentado na teoria de Wiedenbach. *In*. COSTENARO, R. G. S. (org.) **Cuidando em enfermagem: Pesquisas e reflexões**. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2001.

RUGOLO, L. M. S. S (edit.) **Manual de Neonatologia**. Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

SANTOMÉ, J. T. **Globalização e Interdisciplinaridade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SANTORO JUNIOR, M. **Manual de Neonatologia**. Sociedade de Pediatria de São Paulo, Rio de Janeiro: Revinter, 1994.

SEGRE, C. A. M. **RN**. 4. ed. São Paulo: Savier, 1995.

SIGAUD, C. H. S. *et al.* **Enfermagem Pediátrica**. O cuidado de Enfermagem à Criança e ao Adolescente. São Paulo: EPU, 1996.

SLOBODA, P. **Quando a vida começa diferente: O bebê e sua família na UTI neonatal**. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ccs/estante/quando_vida.htm>, 2004. Acesso em: 10/07/2004.

SOARES, L. D. *et al.* O processo de humanização no atendimento prestado nas unidades de internações pediátricas. *In*. COSTENARO, R. G. S. (org.) **Cuidando em enfermagem: Pesquisas e reflexões**. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2001.

SUANNO, M. V. R. Auto- Avaliação Institucional: Princípios e Metodologia do grupo focal. *In:* BELLO, J. P. **Pedagogia em Foco**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/avinst01.htm>>, 2004. Acesso em: 20/05/2004.

TASCA, S. M. T. *et al.* **Recém-nascido em alojamento conjunto: visão multiprofissional**. Carapicuíba: Pro-Fono, 2002.

TRINDADE, L. S. P. **Interdisciplinaridade: Necessidade, origem e destino**. Disponível em: <<http://www.cefetsp.br/edu/sinergia/6p6c/html>>, 2004. Acesso em: 18/07/2004.

TRIVIÑOS, A.C. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TRONCHIN, D. M. R.; TOMA, E. Estrutura e organização da unidade neonatal. Aspectos de enfermagem. *In:* LEONE, C. R.; TRONCHIN, D.M.R. **Assistência integrada ao recém-nascido**. São Paulo: Atheneu, 1996.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: Epistemologia e metodologia operativa**. Petrópolis: Vozes, 2002.

VIEGAS, D.*et al.* A Assistência ao Recém Nascido de Alto Risco. *In:* VIEGAS, D.; MORAIS, R.V. **Neonatologia Clínica e Cirúrgica**. São Paulo: Ateneu, 1986.

VICTORA, C.; KANAUT, D. R.; HASSEN, M. N. **A pesquisa qualitativa em saúde: Uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEGAS, D.; MORAIS, R.V. **Neonatologia Clínica e Cirúrgica**. São Paulo: Ateneu, 1986.

ZAMBERLAM, C.; COSTENARO, R. G. S. O fortalecimento do relacionamento Interpessoal: Um fator determinante da prática do Cuidado em UTI. *In:* COSTENARO, R. G. S. (org.) **Cuidando em enfermagem: Pesquisas e reflexões**. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2001.

ZORZETTO, R. **A face inocente da dor**. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/comunicacao/jpta/ed139/pesqui4.htm>>, 2004. Acesso em: 10/07/2004.

1. APÊNDICES

1.1. TERMOS

1.1.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -I

GRUPO FOCAL

A Enfermeira Daniela Dal Forno Pereira, está desenvolvendo a dissertação do Mestrado Profissionalizante em Saúde. O trabalho tem por objetivo investigar em uma equipe de Unidade de Terapia Intensiva Neo-Natal, quais as suas percepções a cerca das práticas profissionais interdisciplinares.

Se eu concordar em participar do trabalho, acontecerá o seguinte:

- Participarei do grupo voluntariamente;
- Serão garantidos sigilo e o anonimato, sendo que as informações serão confidenciais e minha identidade não será revelada;
- Eu estarei livre para recusar ou interromper a participação a qualquer momento;

Local e data: _____ Ass. _____

1.1.2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -II

Meu nome é Daniela Dal Forno Pereira e estou desenvolvendo a seguinte pesquisa: INTERDISCIPLINARIDADE: CONCEPÇÃO E PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DE UMA EQUIPE DE UTI NEONATAL, com o objetivo de:

- Conhecer a concepção e práticas interdisciplinares de profissionais de uma equipe de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.
- Identificar as práticas interdisciplinares realizadas pela equipe pesquisada.
- Conhecer as possíveis formas de comunicação interdisciplinar na equipe;
- Identificar as vantagens e dificuldades das práticas interdisciplinares como meio de execução em uma Unidade Neonatal;
- Através da observação, entender a efetivação da interdisciplinaridade na assistência.

Este estudo é necessário por que acredita-se que a presente pesquisa possa contribuir para o debate sobre formação de novas práticas interdisciplinares em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, além de possibilitar o desenvolvimento de projetos potenciais que eduquem os atores profissionais da área da saúde dentro de uma perspectiva dialógica de construção de conhecimento e práticas plurais que atendam à nova demanda da complexidade do entendimento interdisciplinaridade.

Serão realizados os seguintes procedimentos:

- O método de coleta de dados GRUPO FOCAL no encontro com a equipe interdisciplinar
- Perguntas semi-estruturadas pela pesquisadora, gravadas em gravador.
- Serão garantidos sigilo e o anonimato, sendo que as informações serão confidenciais e minha identidade não será revelada;

Este estudo não apresenta riscos ou desconfortos, mas sim, inúmeros benefícios. Se houver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode contatar-me pelo fone: 0xx- 47-355-8392 ou 0xx- 47-9101-1549.

Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão usadas neste trabalho.

Assinatura Pesquisadora: _____

Eu, _____ fui esclarecido sobre a pesquisa INTERDISCIPLINARIDADE: CONCEPÇÃO E PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DE UMA EQUIPE DE UTI NEONATAL, e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Balneário Camboriú, ___/___/___.

Ass. _____ RG: _____

1.2 PROTOCOLO DE QUESTIONAMENTO

Semi-estruturado

1. Qual é a primeira idéia que vem em sua mente quando se fala de interdisciplinaridade?
2. Como é tratado este tema dentro da equipe do Instituto de Neonatologia?
3. Quais as possíveis vantagens desta prática?
4. E as desvantagens?
5. Como profissional de saúde em neonatologia, como você pratica a interdisciplinaridade?
6. Em quais situações são reveladas as práticas interdisciplinares em neonatologia?
7. De que maneira a prática interdisciplinar em neonatologia pode ser exemplificada?
8. Quais os meios necessários para agir interdisciplinarmente em neonatologia?
9. Como você vê a interdisciplinaridade relacionada ao meu dia-a-dia?
10. Poderia citar as possíveis formas de comunicação interdisciplinar?

1.3 VARIÁVEIS DOS PARTICIPANTES

Idade: _____

Sexo: _____

Profissão: _____

Tempo de formação: _____

Pós-graduação: _____

Há quanto tempo trabalha na Instituição: _____

1.4 ROTEIRO PARA O ENCONTRO

- 1- Breve explanação e agradecimento pelo comparecimento dos participantes;
- 2- Apresentação da pesquisadora;
- 3- Explicar os objetivos do encontro, como foram selecionados os participantes;
- 4- Salientar o uso de gravadores e o sigilo das informações obtidas;
- 5- Deixar claro que todas as opiniões são interessantes e que todos devem ser espontâneos;
- 6- Pedir que cada membro fale na sua vez, permitindo uma boa gravação das falas;
- 7- A duração do encontro será especificada;
- 8- Distribuir os termos de Consentimento Livre e Esclarecido, apêndice I e II;
- 9- Garantir o retorno dos resultados obtidos;
- 10- Distribuir o apêndice IV referente às variáveis;
- 11- Iniciar os questionamentos;
- 12- Servir as guloseimas;
- 13- Agradecer a contribuição de todos;

1.5. CONVITE PARA A PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA

Convite

Venho por meio deste convidá-lo a participar da seguinte pesquisa: Interdisciplinaridade na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, referente à dissertação do Mestrado Profissionalizante em Saúde da aluna Daniela Dal Forno Pereira, realizada através do método Grupo Focal. Nosso encontro ocorrerá dia ____/____/____ às 19 horas e trinta minutos na sala de reuniões do Instituto de Neonatologia. Saliento que a sua presença é fundamental para o bom andamento de minha pesquisa, por isso conto com sua colaboração e disponibilidade.

Qualquer dúvida sobre o encontro contate-me pelo fone 0xx-47-355-8392 ou 0xx-47-9101-1549, ou ainda se quiser desistir desta pesquisa meu e-mail estará a disposição danieladalforno@hotmail.com

Atenciosamente

Daniela Dal Forno Pereira

11. ANEXOS

11.1 TERMOS CLÁSSICOS

Período Perinatal: É o período que se estende da 28ª semana de gestação – incluindo fetos pesando 1001g ou mais – até o sétimo dia de vida.

Período Perinatal II: É o período que se estende a 20ª semana de gestação – incluindo fetos pesando 501g ou mais – até o 28º dia de vida. Para fins estatísticos, recomenda-se que o período Perinatal I seja adotado.

Período Neonatal: É o intervalo de tempo que vai do nascimento até o momento em que a criança atinge a idade de 27 dias, 23 horas e 59 minutos.

Período Neonatal precoce: É o intervalo de tempo que vai do nascimento até o momento em que a criança atinge a idade de seis dias, 23 horas e 59 minutos.

Período Neonatal tardio: É o intervalo de tempo que vai de sete dias de vida até o momento que a criança atinge a idade de 27 dias, 23 horas e 59 minutos.

Peso de Nascimento: É o primeiro peso do feto ou RN obtido após o nascimento. Este peso deve ser tomado preferencialmente na primeira hora de vida, antes que ocorra uma significativa perda de peso após o nascimento.

Recém-Nascido de Baixo Peso: RN pesando menos de 2500g, incluindo 2499,9g.

Recém-Nascido de muito Baixo Peso: RN pesando menos de 1500g, incluindo 1499,9g.

Nomeclatura por Idade Gestacional:

- **Pré-termo:** RN antes da 37ª semana de gestação (até 265 dias).
- **Termo:** RN no período entre a 37ª semana e a 41ª semana e seis dias de gestação (266 a 293 dias).
- **Pós-Termo:** RN com 42ª semanas de gestação ou mais (mais de 294 dias).

RUGOLO, 2000.

1.2 CRITÉRIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DE UTI NEONATAL

ASSOCIAÇÃO de MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA

A-ÁREA FÍSICA E INSTALAÇÕES

-Mínimo de leitos por UTI = 05 (cinco) leitos

a.1 -Área Física própria dentro do hospital, separada de outras dependências.

a.2 -Área Física: (Área total da UTI, inclusive administrativa e de apoio dividida pelo nº total de leitos planejados, isto é, capacidade instalada.

UTI Adulto = 14m² (quatorze metros quadrados) área /leito

UTI Pediátrica = 12m² (doze metros quadrados) = área /leito

UTI Neonatal = 5m² (cinco metros quadrados) = área/leito

a.3 -Área de prescrição: 2m²/10 leitos

a.4 -Área para descanso da enfermagem

a.5 -1 (hum) ponto de Ar comprimido por leito

a.6 -1 (hum) ponto de Oxigênio por leito

a.7 -1(hum) sistema de aspiração a vácuo por leito

a.8 -Balcão com pia para preparo de medicamentos

a.9 -Banheiro para pacientes

a.10-Circulação independente do limpo e contaminado

a.11-Conforto com banheiro para o plantão médico, na unidade de Terapia Intensiva

a.12-Copa

a.13-Depósito de material de limpeza

a.14-Divisórias entre os leitos

a.15-Expurgo para sólidos e líquidos

a.16-Iluminação natural

a.17-Lavatórios na UTI: 1/5 leitos

a.18-Locais para guarda de roupas, medicamentos, materiais médicos e equipamentos

a.19-Posto de enfermagem com visão direta para os leitos: 8m²/10 leitos

a.20-Sala administrativa

a.21-Sala de espera para acompanhantes

a.22-Sala de serviços (8m²), para preparo de material e equipamentos, contendo balcão e pia

a.23-Sistema de Suprimento de energia elétrica durante as 24 horas

a.24-Sistema de Suprimento de gases (oxigênio e ar comprimido) durante as 24 horas

a.25-Tomadas aterradas (todas) no mínimo 8 (oito) por leito/box, dispostas de acordo com as normas da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas)

a.26-Tomadas Rx (uma por unidade) de 220v

a.27-Vestiário c/banheiro para funcionários

B - RECURSOS HUMANOS

Médicos

- b.1-Médico Chefe com Título de Especialista em Medicina Intensiva (AMIB/AMB)
- b.2-Médico Diarista (Não Plantonista) para dar seguimento horizontalizado na assistência ao paciente crítico, com Título de Especialista em Medicina Intensiva (AMIB/AMB)
- b.3-Médico Plantonista por 24 horas, no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva
- b.4-Relação Médico-Paciente: 01 (um) médico-plantonista para, no máximo, 10 pacientes

Enfermagem:

- b.5-Auxiliar de enfermagem: 1 (hum) para cada 2 (dois) leitos
- b.6-Um (01) Enfermeiro(a) por turno de trabalho, durante as 24 horas dentro da UTI

Outros:

- b.7-Auxiliar de serviços diversos/secretária
- b.8-Servente de limpeza: presente sempre que necessário nas 24 horas

C- MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- c.1- Aparelho de fototerapia= 1 para cada 3 pacientes (só para UTI Neonatal)
- c.2- Aspirador á vácuo para dreno
- c.3- Aparelho móvel de RX
- c.4- Balança disponível p/ pesagem de pacientes (qualquer que seja o tipo de UTI)
- c.5- Bomba de infusão:1 por leito
- c.6-Cama de UTI com grades laterais: 1 por paciente UTI Adulto/Pediátrica
- c.7-Capacetes para oxigenioterapia: 1 por paciente (só para UTI Neonatal/Pediátrica)
- c.8-Carro de ressuscitação contendo: Desfibrilador+material de intubação endotraqueal (Ambu+canulas endotraqueais+laringoscópio+máscara de O2+cânula de Guedel+Guias para tubos)
- c.9- Cilindro de O2/AR Comprimido disponível no Hospital
- c.10-Eletrocardiógrafo (para UTI's gerais)
- c.11-Glicosímetro
- c.12-Kit CPAP nasal 1:2 leitos com nebulizador aquecido (UTI Neonatal Pediátrica)
- c.13-Kit de Beira de Leito (Termômetro, estetoscópio, esfigmomanômetro, ambu): 01 por leito
- c.14-Inaladores com máscara: 1 por leito
- c.15-Incubadora e/ou berço de calor radiante, um para cada paciente (UTI-Neonatal)
- c.16-Máscaras de Nebulização 1por leito
- c.17-Material disponível 24 horas para:

Acesso venoso profundo

Curativos

Diálise peritoneal

Drenagem torácica

Flebotomia

Implante de marca-passo temporário

Punção líquórica

Sondagem vesical

Traqueotomia

c.18-Monitor cardíaco de beira de leito: 1 por leito.

c.19-Negastoscópio

c.20-Oxímetro de Pulso: 1 por 04 (quatro) leitos

c.21-Respirador pressórico (UTI Neonatal) em nº correspondente a 1/3 dos leitos

c.22-Respirador: 1 por leito

c.23-Urodensímetro

c.24-Ventilômetro: 01 (um) por Unidade

D - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO

d.1- Acesso a Laboratório de Análise Clínicas durante 24 horas do dia

d.2- Acesso a Unidade Transfusional durante 24 horas do dia

d.3- Cirurgia Geral (ou Pediátrica nos casos de UTI-Pediátrica)

d.4- Condições de realizar Diálise Peritoneal na Unidade de Terapia Intensiva

d.5- Endoscopia Digestiva e fibrobroncoscopia

d.6- Hemogasômetro próprio do Hospital

d.7- Ultrasonografia

E - OUTROS

e.1-Contratos de Manutenção de Equipamentos

e.2-Serviço de Engenharia e Segurança do Trabalho

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](#)