

SUELEN ROSA DE OLIVEIRA

**A ALTA DO RECÉM-NASCIDO DA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL:
IMPLICAÇÕES PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO**

BELO HORIZONTE

2009

SUELEN ROSA DE OLIVEIRA

**A ALTA DO RECÉM-NASCIDO DA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL:
IMPLICAÇÕES PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Roseni Rosângela de Sena

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

REITOR

Ronaldo Tadeu Penna

VICE-REITORA

Heloisa Maria Murgel Starling

PRÓ-REITORA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Elizabeth Ribeiro da Silva

ESCOLA DE ENFERMAGEM

DIRETORA

Marília Alves

VICE-DIRETORA:

Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira

COORDENADORA DO COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Cláudia Maria de Mattos Penna

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA - EMI

CHEFE: Jorge Gustavo Velasquez Melendes

SUB-CHEFE: Lenice de Castro Mendes Villela

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO

COORDENADORA: Cláudia Maria de Mattos Penna

SUB-COORDENADORA: Tânia Couto Machado Chianca

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO: Mestrado em Enfermagem

Dissertação intitulada **“A alta do recém-nascido da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: implicações para a continuidade do cuidado”** de autoria da mestranda **Suelen Rosa de Oliveira**, aprovada pela banca examinadora constituída pelos professores:

Prof^a. Dr^a. Roseni Rosângela de Sena – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (Orientadora)

Dr^a Maria Cândida de Carvalho Furtado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

Dr^a. Elysângela Dittz Duarte – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Dr. Eduardo Carlos Tavares – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Dra^a. Anézia Moreira F. Madeira – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte, 30 de novembro de 2009.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Roseni Rosângela de Sena, pela disponibilidade, competência e segurança com que me orientou durante a realização deste estudo. Agradeço por me acolher e contribuir para meu crescimento profissional e pessoal.

A meus pais, pelo apoio incondicional às minhas decisões.

A meu irmão, pela força e pelo companheirismo.

Aos colegas do NUPEPE, pelas oportunidades de aprendizado.

Aos colegas da UTIN do Hospital Odilon Behrens, pela colaboração e pelo incentivo.

Aos participantes da pesquisa, pela disponibilidade em contribuir, tornando possível a realização deste estudo.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar os mecanismos utilizados na alta do recém-nascido da UTIN, visando a continuidade e a integralidade do cuidado. Para alcançar os objetivos propostos, utilizou-se a metodologia qualitativa, com a orientação teórico-metodológica da dialética. O cenário da pesquisa foi a UTIN de um hospital público municipal de grande porte, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Participaram do estudo sete profissionais de saúde que assistem diretamente ao recém-nascido na UTIN e 11 pais de recém-nascidos internados na Unidade durante o período da coleta de dados. Os dados foram coletados por meio de observação participante e entrevista individual com roteiro semi-estruturado. Foram analisados com a técnica de Análise de Conteúdo. Da análise, emergiram as categorias empíricas: “Construindo a alta do recém-nascido da UTIN”, “Orientando os pais para a alta do recém-nascido da UTIN” e “Implicações da alta do recém-nascido para a continuidade do cuidado”. A análise dos dados permitiu evidenciar desafios e potencialidades que se apresentam no cotidiano do trabalho dos profissionais na UTIN e na inserção dos pais nesse ambiente, especialmente no que se refere à construção da alta dos neonatos com vistas a responder às necessidades do recém-nascido e de sua família. A análise dos dados indicou que, no cenário do estudo, as atividades desenvolvidas pela equipe para a construção da alta dos neonatos da UTIN têm centralidade nos aspectos biológicos, apresentando fragilidades quanto à abordagem dos aspectos psicossociais do recém-nascido e de sua família. Evidenciou-se a necessidade de potencializar a participação dos pais nas situações de cuidados aos recém-nascidos. O estudo possibilitou, ainda, reconhecer situações que representam avanços no sentido da construção da alta do recém-nascido da UTIN com vistas à continuidade do cuidado e à integralidade da assistência, destacando-se o trabalho em equipe, a articulação entre os setores e serviços envolvidos no cuidado ao recém-nascido e a comunicação dialógica. O estudo permitiu reconhecer que a alta do recém-nascido da UTIN, seja para outros setores do hospital, para outros serviços ou para o domicílio, configura-se como uma etapa crítica da assistência, quando se objetiva garantir a continuidade e a integralidade do cuidado ao recém-nascido. Ressalta-se a importância do planejamento da alta, do envolvimento dos pais no cuidado e nas tomadas de decisão e da orientação aos pais para a continuidade do cuidado ao recém-nascido após a alta da UTIN. Por fim, evidenciou-se que a garantia da continuidade da assistência e da integralidade do cuidado, no processo de construção da alta dos neonatos da UTIN, requer a articulação entre os profissionais e os serviços, destacando-se a assistência em rede como uma estratégia promissora para o favorecimento da integralidade e da continuidade do cuidado ao recém-nascido.

Palavras-chave: Recém-nascido. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Alta do paciente. Continuidade da assistência ao paciente. Assistência integral à saúde.

ABSTRACT

The goal of this study is to analyze the mechanisms used during the newborn discharge in UTIN, taking into account the continuity and comprehensive care. To reach the proposed purposes, a qualitative methodology was used, guided by theoretical-methodological dialectics. The search scenery was the UTIN of a important public municipal hospital in Belo Horizonte, Minas Gerais. Seven health professionals were involved in the project who directly helped the newborn in UTIN and 11 newborn parents that were hospitalized in the unity during the period of collection of data. Data was collected through observation and also through individual interviews with semi-structured rules. They were analyzed using the Content Analysis technique. Empirical categories emerged from the analysis: "Obtaining the newborn discharge in UTIN", "Guiding parents through the newborn discharge in UTIN", and "Implications for the newborn discharge for the continuity of care". The analysis of data made challenges and potentials of the everyday work of professionals clear in the UTIN and also the insertion of two parents in that environment, specially when obtaining neonates discharge with the aim of meeting the newborn and the parents needs. The analysis of data settled that the activities developed in the study scenery by the team in order to obtain the neonates discharge in UTIN are focused on the biological aspects, having fragilities when treating newborn and newborn parents psychosocial aspects. The need of empowering parents involvement in newborn care situations was proved. The study even enabled the recognition of the situations that show the advances of the newborn discharge obtention in the UTIN with the aim of continuing with the care and comprehensive care, emphasizing the team work, the articulation among sectors and services involved in the newborn care and the dialogical communication. The study enabled the recognition of the newborn discharge in the UTIN for other hospital sectors, for other services or homes; it constitutes a critical assistance stage when the purpose is to guarantee the continuity and comprehensive care to the newborn. It is emphasized the importance of the discharge planning, the parents involvement and decisions while taking care and the guidance to parents for the continuity of the newborn care after the UTIN discharge. Finally, the guarantee of the assistance continuity and the comprehensive care was emphasized in the UTIN neonate discharge obtaining process. It requires the articulation among professionals and services, emphasizing the network assistance as a promising strategy to favour the comprehensive and continuity of the newborn care.

Key words: Newborn. Neonatal Intensive Care Units. Patient Discharge. Continuity of Patient Care. Comprehensive Health Care.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Codificação das bases de dados	26
QUADRO 2 - Codificação dos descritores DeCS	26
QUADRO 3 - Codificação do cruzamento de descritores.....	26
QUADRO 4 - Classificação dos recortes dos enunciados e dos registros das observações	36
QUADRO 5 - Categorias e subcategorias empíricas	37

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Publicações encontradas	27
TABELA 2 - Publicações selecionadas	27
TABELA 3 - Publicações recuperadas	28

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAP – Academia Americana de Pediatria

BDEF – Base de Dados de Enfermagem

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

CEFEN – Comitê de Estudos Fetoneonatais

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DECS – Descritores em Ciências da Saúde

IG – Idade Gestacional

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE – Literatura Internacional em Ciências da Saúde

NUPEPE – Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Ensino e a Prática de Enfermagem

PT-MBP – Prematuro de Muito Baixo Peso

SCIELO –Scientific Electronic Library Online

SES-MG – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UNCP – Unidade Neonatal de Cuidados Progressivos

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	12
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO	15
3 OBJETIVOS	24
3.1 Objetivo geral	24
3.2 Objetivos específicos	24
4 PERCURSO METODOLÓGICO	25
4.1 Revisão integrativa de literatura	25
4.2 A escolha do método	28
4.3 O cenário do estudo	29
4.4 Os participantes da pesquisa	31
4.5 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados	33
4.5.1 Observação participante	32
4.5.2 Entrevista	34
4.6 Análise dos dados	34
4.7 Aspectos éticos	38
5 ANÁLISE DOS DADOS	39
5.1 Construindo a alta do recém-nascido da UTIN	39
5.1.1 Percepções sobre a alta do recém-nascido da UTIN	39
5.1.2 Quando dar alta? – Condições que determinam a alta do recém-nascido da UTIN	43
5.1.3 Como realizar a alta da UTIN? – Procedimentos, estratégias e tecnologias utilizados na construção da alta do recém-nascido	56
5.2 Orientando os pais para a alta do recém-nascido da UTIN	70
5.2.1 O envolvimento dos pais no cuidado	70
5.2.2 Como os pais podem aprender a cuidar dos filhos durante a internação na UTIN	80

5.2.3 Implicações das orientações aos pais para a alta do recém-nascido da UTIN	85
5.3 Implicações da alta do recém-nascido para a continuidade do cuidado ..	90
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS	104
APÊNDICES E ANEXOS	111

1 APRESENTAÇÃO

O estudo que apresento foi concebido a partir do entendimento de que a reflexão sobre o agir em saúde deve ser um exercício cotidiano e deve visar a busca pela produção de novos conhecimentos que subsidiem avanços nas práticas, refletindo melhorias na qualidade de vida da população.

O interesse e o envolvimento com as atividades de pesquisa acompanham-me ao longo da formação acadêmica e de minhas atividades profissionais intensificando-se a partir da minha inserção, como bolsista de iniciação científica, no Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Ensino e a Prática de Enfermagem (NUPEPE), em 2005. Nessa época, cursava o quinto período do curso de graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

A inserção no NUPEPE significou, para mim, uma possibilidade de produção de novos conhecimentos por permitir discussões crítico-reflexivas sobre o curso de enfermagem, as práticas e a gestão em saúde.

Ao longo de minhas atividades como integrante do NUPEPE, participei de trabalhos relacionados à assistência neonatal, o que me possibilitou realizar um estágio extracurricular na Unidade Neonatal de um hospital filantrópico, em 2005. Essas experiências me permitiram apreender sobre a complexidade da assistência ao neonato sustentada nos princípios da integralidade e determinaram a minha opção por atuar profissionalmente na área de atendimento ao recém-nascido.

Em 2007, ingressei como enfermeira na Unidade de Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia de um hospital universitário federal, o que reforçou minha opção pela área, além de permitir ampliar minhas reflexões sobre os cuidados prestados aos recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), em especial no que se refere ao planejamento e produção do cuidado oferecido ao recém-nascido de risco e a seus familiares. No mesmo ano, ingressei como

enfermeira na UTIN de um hospital público municipal, o que ampliou os meus conhecimentos e questionamentos sobre a produção do cuidado ao recém-nascido de risco.

A partir de minhas vivências no cotidiano do trabalho em UTIN e de minha participação em trabalhos acadêmicos direcionados à assistência em neonatologia, sou provocada por inúmeros questionamentos que dizem respeito à produção de uma assistência ao recém-nascido de risco e a sua família, pautada pelos sentidos da integralidade. Esses questionamentos despertaram-me para a necessidade de repensar o processo de planejamento e implementação da alta dos recém-nascidos da UTIN, considerando a integralidade e a continuidade do cuidado.

A prática assistencial e as evidências científicas sinalizam para o fato de que a atenção neonatal experimenta avanços importantes com a incorporação de tecnologias para a condução clínica e para a produção do cuidado ao recém-nascido que demanda assistência intensiva, resultando em aumento significativo da sobrevivência desses neonatos. Entretanto, persiste a dificuldade na implementação de ações que garantam a continuidade da assistência ao recém-nascido no contexto da alta da UTIN, resultando em sua fragmentação e comprometendo sua integralidade.

Diante desse problema de pesquisa, elaborei os seguintes questionamentos, que foram orientadores do processo metodológico e da análise dos dados obtidos na pesquisa:

- Como a equipe realiza a alta do recém-nascido da UTIN para favorecer a continuidade e a integralidade do cuidado?
- Qual a percepção dos profissionais sobre as implicações da alta do recém-nascido da UTIN para a garantia da integralidade e da continuidade do cuidado?
- Qual a percepção dos pais sobre as orientações que recebem para a alta do recém-nascido da UTIN?

Acredito que apreender essas questões assume importância no cenário atual, no qual se observa a crescente incorporação de tecnologias e os avanços na formação de profissionais especializados no atendimento ao recém-nascido que demanda cuidados intensivos em saúde, o que tem contribuído para o aumento da sobrevivência de recém-nascidos de risco.

Esse contexto assinala pontos indispensáveis a serem considerados quando se planeja a alta de recém-nascidos das UTIN's, pautada em práticas integralizadoras do cuidado, considerando a complexidade da transição e a garantia da continuidade da assistência.

Para a construção deste estudo, inicialmente faço uma breve contextualização da assistência ao recém-nascido no ambiente da UTIN, cenário eleito para a realização da pesquisa, estabelecendo interseções com aspectos relacionados à alta dos recém-nascidos da UTIN e buscando evidenciar suas implicações para a continuidade e a integralidade do cuidado.

A seguir, apresento os objetivos do estudo, bem como sua construção metodológica, explicitando sua caracterização, sujeitos, cenário escolhido e procedimentos empregados na coleta e na análise dos dados.

Na análise dos dados, estabeleço uma articulação entre os dados empíricos e o referencial teórico, buscando sempre relacioná-los às questões norteadoras e aos objetivos do estudo.

Por fim, apresento uma síntese, elaborada a partir dos dados analisados, entendendo seu caráter provisório e o não-esgotamento do objeto de estudo.

Espero que os resultados deste estudo contribuam para o aprofundamento das reflexões teóricas sobre o tema e suscitem outras questões de pesquisa.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO

A assistência neonatal experimentou, no Brasil, na última década, um significativo desenvolvimento tecnológico correspondendo, de certa forma, a uma tendência mundial. A melhora da assistência intensiva ofertada aos recém-nascidos reduziu, notadamente, a mortalidade de recém-nascidos de risco, em especial de prematuros de muito baixo peso (PT-MBP), nos Serviços com UTIN. (PRIGENZI *et al*, 2008).

A evolução dos cuidados ofertados aos recém-nascidos de risco ampliou o universo da assistência. As modernas UTIN's, equipadas com tecnologia de ponta, são um marco na assistência ao recém-nascido de risco, contribuindo para sua sobrevivência. (VASCONCELOS; LEITE; SCOCHI, 2006).

Os países desenvolvidos alcançam aumento significativo no índice de sobrevivência de prematuros com idades gestacionais (IG) e pesos extremamente baixos, sendo referidas taxas de sobrevivência próximas de 16-39% com 23 semanas de IG, aumentando para 44-60% com 24 semanas; 66-80% com 25 semanas; 72-84% com 26 semanas e em torno de 90% para os nascidos a partir de 27 semanas. (MARKESTAD *et al*, 2005).

No Brasil, estudo recente aponta taxas de sobrevivência próximas a 30% na idade gestacional de 25-27 semanas, acima de 50% entre 28 e 30 semanas e acima de 70% para os nascidos com idade gestacional maior que 31 semanas. (PRIGENZI *et al*, 2008).

O uso de corticosteróide antenatal, a terapia com surfactante exógeno, as técnicas de manutenção de temperatura, nutrição e suporte ventilatório são apontados como os principais responsáveis pelo aumento nas taxas de sobrevivência desses prematuros. (CARVALHO; BRITO; MATSUO, 2007).

Sebastiani e Cernadas (2008) realizaram um estudo com o objetivo de analisar, na perspectiva da bioética, aspectos do cuidado clínico aos recém-nascidos no limite de

viabilidade. Esses autores verificaram que a sobrevivência de recém-nascidos de risco, sobretudo dos prematuros extremos, depende, em grande medida, do lugar de nascimento e dos recursos disponíveis na UTIN, como também do grau de maturidade, da enfermidade neonatal e dos agravos maternos.

Considerando o exposto, pode-se inferir que a incorporação de novas tecnologias e a especialização profissional nas UTIN's tem gerado impacto positivo sobre os índices de sobrevivência de recém-nascidos de risco.

Entretanto, algumas considerações devem ser feitas nesse sentido. A primeira delas diz respeito à potencial fragmentação do cuidado que a especialização profissional e a elevada incorporação de técnicas e equipamentos podem introduzir no processo assistencial.

Segundo Duarte (2007), a assistência ao recém-nascido no ambiente da UTIN é marcada pela grande concentração de profissionais, tanto em número quanto em especialidades e pelo uso predominante de tecnologias *dura* e *leve-dura*.

Ao abordar a temática das tecnologias em saúde, foram adotadas, neste estudo, as definições propostas por Merhy (1997a, p.121), que nomeia como *tecnologias duras*: aquelas ligadas a “equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais”; *tecnologias leve-duras*: as decorrentes do “uso de saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a epidemiologia”; *tecnologias leves*: as tecnologias de relação “do tipo de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho”.

Ainda segundo Duarte (2007), a predominância dessas tecnologias nas UTI's justifica-se, provavelmente, pelo impacto que produzem no prolongamento e na melhora da qualidade da vida do usuário. Porém, mesmo sendo as modalidades de tecnologia mais visíveis e valorizadas, ressalta-se que não são plenas no oferecimento de uma assistência integral e de qualidade ao recém-nascido.

Dessa maneira, a atenção oferecida ao recém-nascido nas UTIN's contribui para a fragmentação do cuidado com a concorrência de vários saberes e de diferentes olhares dos profissionais que o assistem. Observa-se, frequentemente, a separação do recém-nascido da mãe e de sua família. Essa separação pode limitar tanto o contato e o desenvolvimento de habilidades da mãe para o cuidado ao recém-nascido, quanto a criação e o fortalecimento de vínculos entre mãe e filho. (DUARTE, 2007).

Quando se pretende ofertar um cuidado capaz de responder a demandas objetivas e subjetivas, centradas no recém-nascido e em sua família, as tecnologias leves devem ser reconhecidas como importante dispositivo para a oferta de assistência integral, contínua e de qualidade. Para Braga (2006), a construção da integralidade do cuidado na assistência ao recém-nascido é possível com a utilização flexível e em proporção adequada de todas as tecnologias disponíveis.

Impõe-se uma reflexão sobre a demanda de uma assistência que não se limite à recuperação do corpo biológico do recém-nascido mas se estenda ao atendimento a suas necessidades psico-biológicas e sociais, com a indispensável inclusão da família no cuidado.

Outra consideração a ser feita quanto à vinculação entre o aumento da sobrevivência de recém-nascidos de risco e o uso de alta especialização tecnológica e profissional refere-se à qualidade de vida e às condições de saúde desses neonatos que sobrevivem à experiência da internação em UTIN's.

Para Scochi (2000), o incremento tecnológico na área de assistência ao recém-nascido aumenta as chances de sobrevivência dos neonatos, mas somente isso não garante um adequado processo de crescimento e desenvolvimento de tais crianças e, dessa forma, não interfere, necessariamente, na melhoria da morbi-mortalidade pós-natal e na qualidade de vida.

Há evidências de que os índices de morbidade pós-alta hospitalar e de permanência de incapacidades em graus variáveis nesses recém-nascidos são altos. Um estudo

de coorte desenvolvido no Reino Unido e na Irlanda realizou o seguimento até os seis anos de vida de prematuros nascidos entre 22 e 25 semanas de IG. Os resultados apontaram que a sobrevivência sem nenhuma incapacidade aos seis anos foi de 0% nos nascidos com 22 semanas, 1% nos nascidos com 23 semanas, 3% nos de 24 semanas e 8% nos de 25 semanas de IG ao nascimento. (MARLOW *et al*, 2005).

Os recém-nascidos de risco, em especial os nascidos pré-termo, quase sempre desenvolvem patologias que, associadas às medidas adotadas nas UTI's na busca por sua sobrevivência, podem repercutir em seu desenvolvimento futuro. Sendo assim, não basta oferecer acompanhamento rigoroso apenas durante sua permanência na UTIN; é fundamental acompanhar essas crianças durante a infância. (RODRIGUES *et al*, 2007).

Seguindo essa lógica, é oportuno refletir sobre aspectos relacionados ao momento de transição do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva para as unidades de cuidados intermediários, para outros Serviços de saúde e /ou para o domicílio, momento que se materializa com a alta da UTIN.

Nesse contexto, considera-se a alta da UTIN como um momento crítico da assistência, que pode favorecer a integralidade e a continuidade do cuidado iniciado durante o período de internação na UTI, ou provocar sua fragmentação.

Os estudos de Griffin e Abrahan (2006) e do Comitê de Estudos Fetoneonatais – CEFEN (2006) apontam que, nas UTIN's, o planejamento da alta ocorre imediatamente antes de sua efetivação, o que pode determinar sua inadequação, dada a complexidade dos fatores envolvidos: capacidade e disponibilidade da família, habilidade dos pais no cuidado com o neonato, recursos comunitários disponíveis, articulação com os Serviços de atenção primária e ambulatório de seguimento, entre outros.

Estudos indicam que o planejamento da alta deve começar no momento da admissão ou logo que as chances de sobrevida do recém-nascido forem

determinadas. (GRIFFIN; ABRAHAN, 2006; CEFEN, 2006; VIEIRA; MELLO, 2009; BROEDSGAARD; WAGNER, 2005). Além da condição fisiológica, os critérios de alta devem levar em conta a capacidade da família em prestar os cuidados necessários em casa, a existência de condições apropriadas de suporte no domicílio e a adequação dos Serviços de atenção primária à saúde para receber o neonato e sua família, com suas necessidades específicas. (GRIFFIN; ABRAHAN, 2006).

Para apoiar o papel primordial e natural dos pais no cuidado e na tomada de decisões sobre a saúde do filho, é necessário mudar a concepção e as práticas predominantes no setor saúde.

Quando o planejamento da alta tem como foco a necessidade de aprendizagem dos pais sobre os cuidados a serem empreendidos no período pós-alta, é indispensável sua participação no cuidado desde o início da hospitalização. A participação precoce dos pais no cuidado pode gerar benefícios que incluem a diminuição do estresse, o aumento da confiança e das habilidades no cuidado, a ampliação dos conhecimentos sobre a condição de saúde do bebê e suas necessidades de cuidados, melhorando o desfecho do processo de internação das crianças e facilitando sua transferência para casa. (GRIFFIN; ABRAHAN, 2006; DUARTE, 2007; REICHERT; LINS; COLLET, 2007; DITZ; MOTA; SENA, 2008).

Griffin e Abrahan (2006) e Gaal *et al* (2008) ressaltam a importância do uso de critérios padronizados para avaliar a condição de alta e da comunicação padronizada e frequente com os Serviços que receberão o recém-nascido.

Para prosseguir nessa discussão, torna-se pertinente uma aproximação a dois conceitos anteriormente citados: *continuidade da assistência* e *integralidade do cuidado*.

O conceito de *Continuidade da assistência* pode ser definido como “assistência à saúde oferecida continuamente desde o contato inicial, seguindo o paciente durante todas as fases do atendimento”. (SCHULMAN, 2007).

A continuidade da assistência em saúde tem sido objeto de pesquisas nas últimas décadas, sendo observado um notável esforço para redefinir e precisar sua conceituação e sua operacionalização. (KLÜCK; GUIMARÃES, 1999).

Segundo Klück e Guimarães (1999), isso se deve à evolução do conceito de assistência à saúde, o que tem provocado mudanças no foco da prestação dos serviços de saúde e de sua gestão. A nova visão da saúde, ao privilegiar sua promoção e ao perceber o indivíduo de forma integral, assume o conceito da *assistência continuada* em substituição a uma assistência focada em consultas e encontros. Dessa forma, o cuidado ao paciente ocorre a partir da prestação de serviços por múltiplos programas e instituições em diferentes locais.

Segundo os autores, a assistência à saúde tem sido historicamente prestada por meio de uma série de consultas com baixa conectividade, tratando o usuário como um cliente diferente para cada um de seus provedores de assistência, em diferentes momentos. Nesse contexto, a *continuidade da assistência* emerge como uma tentativa de superação desse modo reducionista de produção do cuidado, apresentando-se como um conceito mais abrangente, no qual todos os provedores trabalham em conjunto no atendimento de um indivíduo de forma integrada. (KLÜCK; GUIMARÃES, 1999).

Para Rosa Filho, Fassa e Paniz (2008), a continuidade é um conceito de difícil definição e medida. Esses autores propõem, em concordância com os estudos de Saultz (2003) e Haggerty *et al* (2003), que a continuidade da assistência seja classificada em três categorias:

(a) *continuidade de informação*, cuja característica principal é a disponibilidade das informações de saúde do paciente para o profissional que for prestar o cuidado; (b) *continuidade longitudinal/gerencial*, é aquela em que o paciente tem um local e uma equipe específica a fim, que realiza os cuidados em saúde; (c) *continuidade interpessoal*, refere-se a situações em que o paciente conhece o médico pelo nome e confia neste. Ao mesmo tempo em que o profissional assume a responsabilidade pelo cuidado do paciente. (ROSA FILHO; FASSA; PANIZ, 2008, p. 916).

Importa entender que, ao assumir esse conceito de continuidade, torna-se indispensável que haja avanços não só nos aspectos conceituais, como também

implicará alterações na lógica da formação profissional e da organização dos Serviços de saúde, no sentido de sua integração e de mudança de atitude dos profissionais.

Portanto, é necessário reforçar que garantir a continuidade da assistência implica em gerenciar e produzir cuidado centrado nas necessidades individuais dos usuários e de suas famílias, em seus diferentes ciclos de vida e nos diferentes estágios do tratamento. Isso se torna ainda mais evidente quando se trata da assistência neonatal em terapia intensiva, com a participação determinante dos pais durante a internação de seus filhos em UTIN, suas relações com a equipe de saúde e com os Serviços da rede, o tempo prolongado de internação dos bebês e a frequente necessidade de acompanhamento pós-alta. Configura-se, aí, um desafio aos Serviços e aos profissionais de saúde.

Diante de tal desafio, importa repensar as ações de cuidado, visando a integralidade da assistência nas UTIN's, tendo o momento da alta como definidor das relações entre a UTIN e os demais setores do hospital ou os demais serviços de saúde que serão utilizados pela família para a continuidade do cuidado ao recém-nascido.

Ao pensar a integralidade na atenção à saúde, este estudo partilhou da idéia de Mattos (2006) de que esse princípio do SUS, definido no texto constitucional, representa um “conceito” ainda em construção. Para o autor, os sentidos de integralidade extrapolam o significado definido no texto constitucional, visto que, a integralidade

[...] não é apenas uma diretriz definida constitucionalmente. Ela é uma ‘bandeira de luta’, parte de uma ‘imagem objetivo’, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns, desejáveis. Um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária. (MATTOS, 2006, p. 41).

Ao referir-se à integralidade como uma “imagem objetivo”, esse autor discute a integralidade em seu aspecto polissêmico, reforçando a multiplicidade de sentidos e a subjetividade que envolve o tema. Segundo Mattos (2006, p. 41), a noção de “imagem objetivo” parte de um pensamento crítico que “se recusa a reduzir a

realidade ao que ‘existe’, e almeja superá-la”. Desse modo, uma “imagem objetivo” permite leituras diversas, o que possibilita que “vários atores, cada qual com suas indignações e críticas ao que existe, comunguem estas críticas e, pelo menos por um instante, pareçam comungar os mesmos ideais”.

Considerando que a integralidade continua sendo um conceito em construção, Gomes e Pinheiro (2005) realizaram um exercício teórico de formulação de uma definição operatória de integralidade como

[...] modo de atuar democrático, do saber fazer integrado, em um cuidar que é mais alicerçado numa relação de compromisso ético-político, de sinceridade, responsabilidade e confiança (Pinheiro; Mattos, 2001, 2003; Merhy, 1997). Entende-se o sujeito como ser real, que produz sua história e é responsável pelo seu devir (Ayres, 2001). Respeitam-se os saberes das pessoas (saber particular e diferenciado), saberes históricos que foram silenciados e desqualificados (Foucault, 1999), e que representam uma atitude de respeito que possa expressar compromisso ético nas relações gestores/profissionais/usuários. (GOMES; PINHEIRO, 2005, p.290).

No contexto da assistência hospitalar, Cecílio e Merhy (2005) sugerem que a integralidade seja trabalhada sob dois focos: a integralidade da atenção olhada *no* hospital e *a partir* do hospital, ou seja, a integralidade tendo como referência o atendimento no ambiente hospitalar em si e a integralidade tendo como referência a inserção do hospital no “sistema” de saúde.

Ao discutir a integralidade pensada *no* hospital, esses autores trabalham com a ideia de que o cuidado no ambiente hospitalar é multidisciplinar, sendo o somatório de um grande número de cuidados parciais que vão se complementando, “de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital”. (CECÍLIO; MERHY, 2005, p. 198). Sendo assim, a maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, principalmente, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores no ambiente hospitalar.

A integralidade *a partir* do hospital é trabalhada por esses autores como uma possibilidade de transversalidade do paciente pelos diferentes Serviços do sistema de saúde. Dessa forma, o hospital pode ser visto como “um componente fundamental da integralidade do cuidado visto de forma ampliada, como uma

‘estação’ no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita”. (CECÍLIO; MERHY, 2005, p. 200).

Para os autores, ao se considerar o hospital como uma estação pela qual circulam variados tipos de pessoas, portadoras de diferentes necessidades e em diferentes momentos de suas vidas, pode-se imaginar que há outras formas de se trabalhar a integralidade. Dentre elas, os autores evidenciam a possibilidade de trabalhar a integralidade considerando o momento da alta de cada paciente como um momento privilegiado para se produzir a continuidade do tratamento em outros Serviços, “não apenas de forma burocrática, cumprindo um papel de ‘contra-referência’, mas pela construção ativa da linha de cuidado necessária àquele paciente específico”. O período da internação pode, inclusive, ser aproveitado para amparar o paciente e sua família, contribuindo para a obtenção de uma maior autonomia e para a reconstrução de seu “modo de andar a vida”. (CECÍLIO; MERHY, 2005, p. 201).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar os mecanismos utilizados na alta do recém-nascido da UTIN, visando a continuidade e a integralidade do cuidado.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar as tecnologias utilizadas na alta do recém-nascido da UTIN para favorecer a continuidade e a integralidade do cuidado.
- Compreender a percepção dos profissionais sobre as implicações da alta do recém-nascido da UTIN para a integralidade e continuidade do cuidado.
- Compreender a percepção dos pais sobre as orientações recebidas com relação à alta do recém-nascido da UTIN.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Revisão integrativa de literatura

A construção do projeto e a análise dos dados empíricos foram precedidas por uma revisão **integrativa** de literatura contendo a seguinte pergunta norteadora: “Quais as práticas cuidadoras que favorecem a integralidade e a continuidade da assistência ao recém-nascido no contexto da alta da UTIN?”.

A revisão foi realizada por meio do portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) nas bases de dados:

- LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde;
- MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde;
- SCIELO - Scientific Electronic Library Online;
- BDENF - Base de Dados de Enfermagem;
- BVS integralidade.

Os descritores foram selecionados de acordo com o DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. Foram utilizados:

- Alta do paciente;
- Assistência integral à saúde;
- Recém-nascido;
- Unidades de terapia intensiva neonatal.
- Continuidade da assistência ao paciente

Após essa etapa foram codificadas as bases de dados, os descritores e seus cruzamentos, conforme descrito a seguir.

QUADRO 1
Codificação das bases de dados

Codificação	Bases de Dados
A	SCIELO - Scientific Electronic Library Online
B	BDENF - Base de Dados de Enfermagem
C	MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde
D	LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
E	BVS Integralidade

QUADRO 2
Codificação dos descritores DeCS

Codificação	Descritor DeCs
V	[Continuidade da Assistência ao paciente]
W	[Alta do paciente]
X	[Recém-nascido]
Y	[Unidades de terapia intensiva neonatal]
Z	[Assistência Integral à saúde]

QUADRO 3
Codificação do cruzamento de descritores

Codificação	Cruzamento de Descritores DeCs
WZ	[Alta do paciente] AND [Assistência integral à saúde]
WX	[Alta do paciente] AND [Recém-nascido]
WY	[Alta do paciente] AND [Unidades de terapia intensiva neonatal]
ZV	[Assistência integral à saúde] AND [Continuidade da Assistência ao paciente]

A revisão foi limitada ao período de 1998 – 2008, aos idiomas português, inglês e espanhol. Após a pesquisa combinando descritores X período cronológico X base de dados fez-se a leitura dos resumos encontrados, seguida da seleção das publicações, recuperação e análise do material bibliográfico.

TABELA 1
Publicações encontradas

	WZ	WX	WY	ZV	Total
A	0	3	1	0	4
B	0	5	0	0	5
C	11	100	79	3	190
D	0	41	6	2	47
E	1	0	0	0	1
Total	12	149	86	5	251

TABELA 2
Publicações selecionadas

	WZ	WX	WY	ZV	Total
A	0	0	1	0	1
B	0	0	0	0	0
C	1	8	5	1	14
D	0	7	2	1	9
E	1	0	0	0	1
Total	2	15	8	2	26(22)*

* Das 26 publicações selecionadas, 4 (quatro) se repetem nas bases diferentes de dados, restando 22.

TABELA 3
Publicações recuperadas

	WZ	WX	WY	ZV	Total
A	0	0	1	0	1
B	0	0	0	0	0
C	0	5	3	0	8
D	0	3	2	0	5
E	1	0	0	0	1
Total	1	8	6	0	15

Durante a análise do material empírico, a revisão foi atualizada utilizando-se o período cronológico de 2008-2009. Nessa etapa, foram selecionadas e recuperadas cinco publicações.

A revisão de literatura serviu de subsídio para construir uma aproximação ao objeto de estudo, contextualizar o problema de pesquisa e subsidiar a análise dos dados.

4.2 A escolha do método

O estudo foi orientado pela abordagem qualitativa por considerar que a metodologia qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano, além de fornecer análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento, como orientado por Marconi e Lakatos (2007).

A opção pela abordagem qualitativa justificou-se, ainda, por acreditar que esta opção permite uma maior aproximação com a realidade, possibilitando ao pesquisador aproximar-se da essência do universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes dos participantes da pesquisa. (MINAYO, 2004).

O estudo foi guiado, também, pela concepção teórico-metodológica da dialética que, para Loureiro (2005), permite captar o movimento de transformação social, a partir do entendimento de que a transformação da história humana é resultado das relações estabelecidas entre as diferentes esferas da vida social, política, cultural e econômica.

A orientação teórico-metodológica da dialética foi adotada, portanto, por se acreditar que o movimento de transformação acontece não apenas no âmbito das idéias, mas de pessoas em grupos sociais, nos diferentes tipos de sociedade e em diversos momentos históricos. (LOUREIRO, 2005).

Assumir a concepção da dialética permitiu que se reconhecesse que as coisas não são analisadas na qualidade de objetos fixos, mas em movimento. Assumiu-se, no estudo, a categoria da transformação, para a qual nenhuma coisa está acabada, estando sempre em desenvolvimento, considerando que o fim de um processo é sempre o começo de outro. (MARCONI; LAKATOS, 2007).

Adotar a perspectiva dialética significou, portanto, reconhecer os sujeitos como atores ativos da transformação social, vinculada ao modo de produção e à vida cotidiana particular e coletiva. Assim se estabeleceram as relações e interfaces entre o pesquisador, os sujeitos e as pessoas que interagiram no cenário da pesquisa.

4.3 O cenário do estudo

A pesquisa foi realizada na UTIN de um hospital municipal de grande porte de Belo Horizonte, Minas Gerais, que realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência, sendo referência, nos sistemas municipal e estadual de saúde, no atendimento aos pacientes portadores de patologias de média e alta complexidade.

Trata-se de um hospital geral, com 409 leitos, sendo 111 destinados à terapia intensiva nas áreas de neonatologia, pediatria, clínica geral e cirúrgica. Desses 111 leitos, 26 são destinados à terapia intensiva neonatal.

É referência em atendimentos de urgência e emergência clínica, cirúrgica e obstétrica para o município de Belo Horizonte e para a região metropolitana de Belo Horizonte.

É também um hospital de ensino desde 2004, proporcionando estágios em fisioterapia, nutrição, enfermagem, medicina, informática, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, e residência médica em várias áreas.

Em relação à assistência materno-infantil, sua maternidade é referência em atenção à gravidez de alto risco e responsável por 23% dos partos de alto risco de Belo Horizonte. A maternidade é composta por 35 leitos, sendo 23 de Alojamento Conjunto, seis de tratamento obstétrico e seis de Cuidado Canguru. (BELO HORIZONTE, 2008).

A Unidade Neonatal de Cuidados Progressivos (UNCP) oferece 34 leitos, sendo 16 de cuidados intensivos e 18 de cuidado intermediário.

A UTIN possui 10 leitos, com atendimento prioritário aos recém-nascidos prematuros extremos, pós-operatórios cirúrgicos e anomalias congênitas.

A equipe multidisciplinar da UTIN é composta por neonatologistas e pediatras intensivistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta e assistente social. Esses profissionais contam com o apoio de especialistas em cardiologia, cirurgia pediátrica, ortopedia, nefrologia, gastroenterologia, oftalmologia, neurologia, neurocirurgia pediátrica e infectologia pediátrica.

Os pais dos recém nascidos internados na UTIN podem permanecer na Unidade diariamente, de 10 às 20 horas. As visitas de avós e irmãos acontecem às quartas e sextas - feiras, no período da tarde, com duração de até 30 minutos, sempre com a presença de um dos pais.

A passagem de notícias é feita, diariamente, pelos pediatras e notícias por telefone são dadas, diariamente, para os pais que não podem comparecer à Unidade.

4.4 Os participantes da pesquisa

Os participantes deste estudo foram profissionais da equipe multidisciplinar de saúde que assistem diretamente o recém-nascido e/ou sua família na UTIN, e pais de recém-nascidos internados na UTIN no período da coleta de dados.

Foi adotado como critério de inclusão dos profissionais o tempo mínimo de trabalho na Unidade de 12 meses.

A inclusão dos profissionais no estudo buscou assegurar a presença de pelo menos um representante de cada profissão, dado o reconhecimento da especificidade da participação de cada profissional para a construção da alta dos neonatos da UTIN. Dessa maneira, os profissionais participantes foram indicados por meio de sorteio, a partir de listas por profissão, com os nomes dispostos em ordem alfabética. Procedeu-se ao sorteio de um representante de cada profissão: um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um pediatra, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo. Como a análise das entrevistas desses profissionais não permitiu alcançar o *ponto de saturação*, descrito por Minayo (2004) como a fase em que nenhuma informação nova é acrescentada ao estudo, prosseguiu-se nas entrevistas, sendo incluídos mais um técnico de enfermagem e um enfermeiro, considerando a ordem do sorteio realizado.

Em relação à participação dos pais neste estudo, foi adotado como critério de inclusão o tempo mínimo de sete dias de internação do filho recém-nascido na UTIN. Optou-se por esse critério de inclusão por acreditar-se que seria o tempo mínimo necessário para que os pais tivessem a possibilidade de contato com um número significativo de profissionais da equipe e também de adaptação às rotinas do setor e à situação de internação do filho na UTIN. Não foi definido, *a priori*, o número de pais participantes; os pais foram entrevistados até que se obteve a saturação dos dados.

Sendo assim, participaram do estudo: 10 mães, um pai e sete profissionais de saúde.

4.5 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de observação participante e entrevista individual.

4.5.1 Observação participante

Adotou-se a observação como técnica de coleta de dados por se entender que é importante ferramenta na construção dos saberes, revelando-se como um modo privilegiado de contato com o real.

Para Marconi e Lakatos (2007) a observação é uma técnica de coleta de dados que permite a utilização dos sentidos na obtenção de aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas em examinar os fatos ou os fenômenos que são objetos de estudo.

Neste estudo, foi adotada a técnica de observação participante, entendida por Laville e Dionne (1999, p. 176) como uma “técnica pela qual o pesquisador integra-se e participa na vida de um grupo para compreender-lhe o sentido de dentro”.

Essa técnica implicou interação entre o investigador e os sujeitos do estudo, possibilitando registrar e acumular informações diretamente do contexto ou situação específica do grupo e um estreito contato entre o observador e o fenômeno pesquisado.

As observações ocorreram no período de 11 de abril a 19 de junho de 2009 e foram realizadas em diferentes horários do dia e da noite e em todos os dias da semana, incluindo finais de semana e feriados.

O tempo de duração de cada observação variou de cinco minutos a duas horas e cinco minutos, com variados graus de participação da pesquisadora, dependendo das situações que se apresentavam.

A cada dia de inserção no campo, antes de iniciar as observações, a pesquisadora consultava os prontuários dos recém-nascidos e a lista de movimentação de leitos a fim de obter informações sobre a evolução clínica dos recém-nascidos e identificar quais pais preenchiam os critérios de inclusão na observação, considerando a data de admissão dos filhos na UTIN.

As observações foram realizadas a partir da identificação de situações disparadoras. Foram consideradas disparadoras as situações de interação entre pais/recém-nascido, pais/profissionais e profissionais/recém-nascido.

Para nortear a observação foi construído um roteiro (APÊNDICE A) contendo indicativos de aspectos a serem observados, considerados relevantes para o estudo. Ressalta-se que o roteiro serviu para orientar a coleta de dados, mas sua utilização não impediu a observação de outras situações consideradas pela pesquisadora como relevantes para a apreensão do fenômeno em estudo.

O registro das observações foi realizado imediatamente após, ou, em algumas situações, simultaneamente a sua realização, em um Diário de Campo. O Diário de Campo foi estruturado a partir da construção de um livro, com páginas numeradas de 01 a 31, no qual foram registradas, além das observações, impressões da pesquisadora acerca de situações observadas.

Ressalta-se que o fato de o estudo ser realizado no local de trabalho da pesquisadora representou, por um lado, a possibilidade de reduzir os riscos dos participantes alterarem seu comportamento ou sentirem-se constrangidos diante da presença de um pesquisador estranho; por outro lado, exigiu da pesquisadora a superação da “familiaridade” com os atores e as situações apresentadas e a adoção de uma atitude crítica e reflexiva diante dos eventos observados, para permitir certo “estranhamento” acerca da realidade investigada.

4.5.2 Entrevista

A escolha da entrevista como técnica de coleta de dados sustentou-se nas orientações de Marconi e Lakatos (2007) que sugerem a entrevista como um instrumento adequado à obtenção de informações importantes e à compreensão de perspectivas e experiências dos sujeitos.

Neste estudo, foi adotada a modalidade de entrevista com roteiro semi-estruturado, tendo como embasamento as orientações de Laville e Dione (1999) de que permite maior amplitude e flexibilidade na obtenção dos dados, favorecendo a interação entre o entrevistador e o entrevistado, “possibilitando a exploração em profundidade de seus saberes, bem como de suas representações, de suas crenças e valores”. (LAVILLE; DIONE, 1999, p. 189).

As entrevistas foram realizadas tendo como suporte dois roteiros semi-estruturados, um contendo questões específicas para os pais (APÊNDICE B) e o outro, para os profissionais (APÊNDICE C).

A utilização desse instrumento de coleta de dados, associado à observação, permitiu um aprofundamento acerca das relações estabelecidas entre os atores sociais e a realidade vivenciada por eles no momento da pesquisa.

4.6 Análise dos dados

Para proceder à análise dos dados, optou-se pela utilização da técnica de Análise de Conteúdo. Bardin (2008, p. 44) define essa técnica como

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A análise foi organizada em três momentos distintos, seguindo as orientações de

Bardin (2008, p. 121), a saber: *pré-análise, descrição analítica e interpretação referencial*.

A *pré-análise* consistiu na organização do material. Essa etapa ocorreu simultaneamente à coleta de dados. À medida que eram realizadas, as entrevistas foram transcritas e armazenadas em dois arquivos, um para os pais e outro para os profissionais. Durante a transcrição das entrevistas, realizou-se a codificação dos participantes para se evitar a identificação individual dos sujeitos.

Os pais foram codificados pela letra “P”, seguida de identificação numérica referente à ordem em que foram entrevistados. Sendo assim, o primeiro pai ou mãe entrevistada recebeu a codificação “P1” e, assim, subsequentemente, até o último entrevistado.

A codificação dos profissionais seguiu a mesma estratégia; foram identificados pelas letras “Pr” seguidas da codificação numérica. De acordo com essa norma, o primeiro profissional entrevistado, recebeu a codificação “Pr1” e, assim, sucessivamente.

Ainda na fase de *pré-análise*, realizou-se uma leitura geral de todo o material coletado por meio das entrevistas e das observações, retomando-se os objetivos da pesquisa.

No segundo momento, a *descrição analítica*, o material empírico foi submetido a uma leitura aprofundada, sempre retomando as questões norteadoras e os objetivos da pesquisa. Durante essa fase, foram realizados os procedimentos de recorte, classificação e categorização dos temas. Optou-se, dentre as diversas possibilidades de unidade de registro como palavras, frases e orações, por trabalhar com os temas, por se acreditar que esse tipo de unidade de registro permite melhor aproximação do pesquisador ao sentido do conteúdo, conferindo maior riqueza à análise. (LAVILLE; DIONE, 1999).

A seleção dos temas deu-se por meio da leitura aprofundada das entrevistas e dos registros das observações, extraíndo-se, das mesmas, recortes de enunciados que

se destacaram em relação às questões norteadoras e aos objetivos da pesquisa.

Cada recorte dos enunciados e dos registros das observações foi classificado de acordo com a sua unidade de sentido, conforme exemplificado a seguir.

QUADRO 4

Classificação dos recortes dos enunciados e dos registros das observações

Recorte de enunciados	Unidade de sentido
<p>“Eu participo na programação, que acontece de acordo com a melhora do RN, na tentativa de resolução da maior parte dos problemas cabíveis; fazendo o relatório de alta; dando informações aos pais e à equipe; procurando vagas em outros setores”.</p>	<p>A participação do profissional na alta do recém-nascido da UTIN</p>
<p>“Então, assim, eu agradeço muito a Deus, porque cada dia que eu fico aqui, que eu venho, que eu fico junto com meu filho, cada dia que ele amamenta, que eu tiro o leite pra dar ele e ele está fortalecendo é uma etapa que nós estamos vivendo juntos”.</p>	<p>Os pais reconhecem a importância de sua presença na UTIN junto ao filho.</p>

Posteriormente, os recortes foram agrupados de acordo com as suas unidades de sentido, o que permitiu o reconhecimento das categorias empíricas. Após a definição das categorias empíricas, os recortes foram reorganizados dentro de cada categoria, permitindo que emergissem as sub-categorias empíricas, dispostas a seguir.

QUADRO 5
Categorias e subcategorias empíricas

Categorias empíricas	Sub-categorias empíricas
1. Construindo a alta do recém-nascido da UTIN	1.1- Percepções sobre a alta do recém-nascido da UTIN
	1.2- Quando dar alta? – Condições que determinam a alta do recém-nascido da UTIN
	1.3- Como realizar a alta? – Procedimentos, estratégias e tecnologias utilizadas na construção da alta do recém-nascido da UTIN
2. Orientando os pais para a alta do recém-nascido da UTIN	2.1- O envolvimento dos pais no cuidado
	2.2- Como os pais podem aprender a cuidar dos filhos durante a internação na UTIN
	2.3- Implicações da orientação aos pais para a alta do recém-nascido da UTIN
3. Implicações da alta do recém-nascido para a continuidade do cuidado	

Finalizando a etapa de descrição analítica, organizou-se a narrativa de cada categoria, permitindo uma aproximação aos significados presentes no conteúdo dos trechos selecionados, articulando-os.

A terceira etapa da análise dos dados se deu pela *interpretação referencial*. Nessa etapa, procedeu-se à articulação entre o empírico e o teórico. Para isso, a reflexão, embasada no material empírico, permitiu o estabelecimento de relações e o aprofundamento de idéias.

4.7 Aspectos éticos

A coleta de dados foi precedida da apreciação e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética do cenário deste estudo (ANEXO A), pelo Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG – Parecer n. ETIC 679/08 (ANEXO B).

Aos participantes, foi entregue carta individual de apresentação do projeto de pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICES D, E e F), enfatizando a voluntariedade em sua inserção na pesquisa, e dando-lhe plena liberdade para escolher participar ou não do processo.

Além disso, foi assegurado aos participantes da pesquisa que todas as informações colhidas durante o estudo seriam mantidas em anonimato, confirmando seu caráter confidencial e garantindo sua privacidade. Com isso, os dados só foram coletados após o consentimento e a assinatura do TCLE por todos os sujeitos envolvidos.

Todas as fases deste estudo foram desenvolvidas respeitando-se as determinações da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996) que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

5 ANÁLISE DOS DADOS

5.1 Construindo a alta do recém-nascido da UTIN

5.1.1 Percepções sobre a alta do recém-nascido da UTIN

Essa sub-categoria emergiu da análise das observações e entrevistas de pais e profissionais, cujo conteúdo refere-se às percepções dos entrevistados sobre a alta dos recém-nascidos da UTIN e aos fatores envolvidos nesse evento.

Em seus relatos, os profissionais indicaram que o planejamento da alta do neonato da UTIN é uma atividade implementada com enfoque burocrático e centrada na resolução dos agravos que determinaram a internação do recém-nascido na Unidade, conforme relato de Pr2:

“Minha percepção aqui é que essa alta, como alta realmente, não é planejada. A alta aqui é uma alta de prontuário. [...] se eu melhorei um diagnóstico, eu encaminho o paciente, então, pra um lugar onde os demais diagnósticos serão resolvidos.”

O discurso dos pais reafirmou a manifestação desse profissional de que a alta está centrada na resolução de agravos. Os pais relataram acreditar que a alta de seus filhos dar-se-á quando as condições que determinaram a internação do recém-nascido na UTIN forem solucionadas. A mãe de um recém-nascido disse que, após a internação na UTI, acredita que o filho receberá alta para outro setor do hospital onde concluirá a sua

“[...] adaptação ao ambiente, à amamentação” [e que, quando o seu filho receber alta da UTIN,] “é porque ele está curado, né. É só a recuperação no berçário”. (P9)

Depreendeu-se do conteúdo das entrevistas de pais e profissionais que a alta da UTIN representa a transição de uma fase marcada por incertezas impostas pelas

condições de saúde do neonato, para uma fase na qual os pais se (re) aproximam da possibilidade da garantia de sobrevivência e recuperação do estado de saúde dos filhos.

O relato de Pr3 reafirmou esse achado ao dizer que considera o ambiente da UTIN e a própria terminologia utilizada para a definição desse espaço

“muito pesados”. [Segundo Pr3, por mais que as crianças estejam estáveis, enquanto permanecerem na UTI, os pais conviverão com] “aquele peso do risco da morte e quando eles vão pro berçário, os pais se aproximam mais dos filhos.”

Segundo Buarque *et al* (2006), o período de internação do recém-nascido na UTIN é potencialmente estressante para os pais, no qual a severidade da doença e do tratamento transformam-se em uma fonte primária de estresse. Além disso, durante a internação, esses pais vivenciam sentimentos de preocupação sobre o prognóstico e de incerteza sobre o bem-estar e o resultado a longo prazo acerca da saúde do filho.

Aagaard e Hall (2008) realizaram uma meta-síntese de estudos sobre experiências de mães de recém-nascidos internados em UTIN e encontraram pesquisas cujos resultados confirmam essa afirmativa, como o estudo de McNeil (1992), que identificou que as experiências de mães de recém-nascidos internados em UTIN são caracterizadas por incertezas, espera e numerosas possibilidades.

A esse respeito, pode-se inferir que a alta da UTIN é uma das muitas fases que integram o processo de devolução ou resgate das condições de saúde e qualidade de vida dos neonatos que passam pela experiência da internação em UTI. Sendo assim, ressalta-se a importância de que, superada a necessidade de assistência intensiva em saúde, os cuidados tenham continuidade nos demais setores ou Serviços de saúde que se responsabilizarão pela assistência ao recém-nascido nas fases subsequentes.

O CEFEN (2006) recomenda que o planejamento da alta de recém-nascidos da

UTIN, sob a perspectiva da continuidade do cuidado, considere a necessidade de atuação conjunta entre os profissionais da equipe de internação e os profissionais dos setores de seguimento. O documento reforça, ainda, a necessidade de inclusão da equipe assistencial dos Serviços de referência e de atenção primária nas ações de planejamento da alta da UTIN, quando se tratar também de alta hospitalar.

Todavia, a análise dos dados permitiu verificar que nem sempre é possível assegurar resposta a essas necessidades, devido à organização do processo de trabalho. Isso requer a superação da concepção fragmentada do cuidado que sustenta o paradigma dominante na saúde e de um modo de organização da assistência centrado nos procedimentos, no qual os atos de saúde¹ são realizados de maneira desarticulada pelos diferentes profissionais, setores e Serviços de saúde, para buscar uma assistência pautada pelo princípio da integralidade.

A partir da análise dos relatos dos profissionais, identificou-se, ainda, que a alta dos recém-nascidos da UTIN é percebida, pela equipe, de maneira menos complexa do que deveria ser e que essa situação tem implicações no planejamento e na realização da alta dos recém-nascidos dessa Unidade, conforme evidenciado no trecho que se segue:

“Eu não sinto, não vejo e não me é sinalizado dentro da equipe que a alta é mais complexa do que se vê acontecendo no dia-a-dia. [...] Eu percebo que muitos profissionais veem a alta como uma situação, assim, que é a fase mais tranquila da internação, que é a parte mais fácil de se falar com os pais. É a parte boa, é a parte que todo mundo quer anunciar...” (Pr2)

Essa afirmação encontrou correspondência na fala de outros profissionais, como no relato de Pr7, ao afirmar que, pelo fato de o recém-nascido geralmente não ter alta da UTIN para casa,

¹ Aqueles produzidos pelo conjunto dos trabalhos em saúde e considerados “capazes de intervir no mundo do que é denominado de ‘problema de saúde’, provocando uma alteração em torno da produção de um resultado: a satisfação de uma necessidade/direito, do usuário final”. (MERHY, 2005b, p. 122).

“[...] a alta é mais simples”. [Para esse entrevistado,] “quando a alta é pra casa, é mais complexo, você tem que orientar mais a mãe. É uma avaliação mais específica”.

Ainda sobre essa temática, Pr3 disse que, como a maior parte dos neonatos que saem da UTI vão para a UNCP, as questões que fogem do domínio da clínica, como o vínculo mãe/filho e as questões sociais, os profissionais da UTIN

“[...] deixam pra ser resolvidas na UNCP, por o médico ter essa tranquilidade de saber que ele não vai direto pra casa”.

Depreendeu-se dos relatos de Pr3 e Pr7 que o fato de os recém-nascidos passarem por Unidades de cuidados intermediários, como a UNCP e a enfermaria pediátrica, antes de receber alta hospitalar, pode facilitar o processo de alta da UTIN, pois permite o compartilhamento da responsabilidade pela orientação aos pais e pela abordagem de fatores que extrapolam as questões clínicas, entre as equipes de ambos os setores. Ressalta-se que, para isso, há que se garantir a articulação entre os profissionais da UTI e os dos setores de cuidados intermediários.

Gaal *et al* (2008) afirmam que o planejamento da alta surge como uma questão contemporânea da saúde, devido a diversidade e a complexidade de fatores envolvidos, como as pressões fiscais e determinações econômicas sobre as instituições de saúde, as questões éticas, as demandas emocionais e as demandas operacionais. Nesse sentido, as autoras asseguram que o planejamento da alta da UTIN deve ser economicamente satisfatório para os gestores e instituições, ética e profissionalmente satisfatória para a equipe e não deve ser um evento estressante para os pais.

Apesar de o processo de planejamento e implementação das ações envolvidas na alta da UTIN não ser percebido nem incorporado pela maioria dos profissionais como um evento complexo, alguns consideraram que se deve tratar com maior zelo esse processo. Pr2, em seu relato, sugeriu que a alta seja vista com a mesma importância dada à admissão, pois, segundo ela, numa admissão

“[...] se volta toda a atenção para o paciente e para a família”.

Por tratar-se de um evento com ampla possibilidade de impacto sobre o restabelecimento das condições de saúde e da qualidade de vida do recém-nascido/família, ressalta-se que o planejamento da alta dos recém-nascidos da UTIN deve assumir posição de destaque nas atividades da equipe multiprofissional.

5.1.2 Quando dar alta? – Condições que determinam a alta do recém-nascido da UTIN

Nessa sub-categoria, foram discutidas as condições que determinam a alta dos neonatos da UTIN a partir da análise do conteúdo das entrevistas de pais e profissionais e dos dados gerados pelas observações realizadas no cenário do estudo.

Em seus enunciados, a maior parte dos profissionais apontou que a alta é planejada de acordo com a evolução do recém-nascido e definida a partir de sua estabilidade clínica. Entretanto, outros fatores podem interferir na realização da alta, como a disponibilidade de leitos no setor ou Serviço que receberá o recém-nascido, posto que a maioria desses neonatos não tem alta para o domicílio.

A melhora clínica dos recém-nascidos e a disponibilidade de leitos em outros setores também apareceram nos relatos de alguns pais como sendo fatores que se destacam na determinação da alta, como expresso no enunciado a seguir.

“Mas eles falam que não é pra eu preocupar porque o próximo que sair é ele, não vai demorar. Tem que esperar porque também no berçário não tem vaga, que a médica falou”. (P7)

A análise dos dados apontou para a necessidade de se refletir sobre os critérios utilizados pelas equipes de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal para a realização da alta dos recém-nascidos. Estudos discutem a importância da determinação de critérios para o planejamento da alta nas UTIN's, recomendando que sejam padronizados, como os estudos de Gaal *et al* (2008), Rose, Lamsay e Leaf (2008), Griffin e Abrahan (2006) e CEFEN (2006).

Para Rose, Lamsay e Leaf (2008), a adoção de critérios clínicos padronizados de alta não só permite maior coerência entre as UTIN's, como evita atrasos desnecessários e contribui para a alta precoce.

Contudo, em declaração publicada pelo Comitê de Fetos e Recém-nascidos da Academia Americana de Pediatria (AAP), em novembro de 2008, ressalta-se que, apesar de o planejamento da alta da UTIN ser primariamente baseado em critérios clínicos, pode ser influenciado por diversos fatores. Esses fatores incluem o aprendizado da família para a alta, as diferentes opiniões profissionais sobre os cuidados necessários no domicílio (quando a alta da UTIN é também a alta hospitalar) e as pressões para a contenção de custos hospitalares a partir da redução do tempo internação. (AAP, 2008).

Considerando o exposto, a análise dos dados revelou que as condições clínicas do recém-nascido e a presença de vagas no setor que receberá o neonato não são os únicos critérios a serem utilizados pelos profissionais para planejar a alta da UTIN, no cenário do estudo.

A partir da análise dos dados, verificou-se que os profissionais se deparam com situações que, de certa maneira, fogem a sua capacidade de atuação imediata, mas que apresentam determinação direta sobre o planejamento da alta dos recém-nascidos da UTIN. Os profissionais apontam que a grande demanda por leitos de terapia intensiva frente à sua reduzida disponibilidade é um fator determinante na definição da alta dos recém-nascidos.

Os profissionais relataram que, quando há recém-nascidos críticos em outros setores do hospital, como na UNCP e no Bloco Obstétrico, ou na central de leitos, é comum transferir-se um recém-nascido mais estável da UTIN para a UNCP para admitir um neonato mais grave. Isso é evidenciado no relato de Pr2:

“[...] se tivermos uma criança estável, que está com programação de alta, mas não cumpriu a programação toda [...] e eu preciso de um leito de UTI porque eu tenho outro na central de leitos precisando da vaga, essa alta é feita

abruptamente”.

Essa situação também apareceu no relato de Pr5, quando diz que,

“[...] às vezes, é meio que forçado a alta (da UTIN) por causa da necessidade de leito pra outro bebê mais grave”.

A partir da análise da situação exposta nos relatos de Pr2 e Pr5, infere-se a necessidade de se refletir sobre aspectos relacionados ao gerenciamento de leitos para internações. De acordo com estudo realizado por Barbosa (2004), apesar do grande desenvolvimento experimentado pela neonatologia nos últimos 20 anos, o que se observa hoje é que esse crescimento se fez e ainda continua ocorrendo sem um planejamento estratégico adequado. Para o autor, os reflexos dessa situação somente agora começam a ser claramente evidenciados: não há equidade na distribuição dos leitos, gerando desigualdades nacionais e regionais; o acesso é limitado, penalizando quase sempre a parcela mais carente da população; e a qualidade dos serviços prestados é extremamente contrastante, variando de Unidades altamente sofisticadas a outras com estrutura precária.

De acordo com os parâmetros para dimensionamento da rede de atenção à mulher e à criança da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), recomenda-se a existência 1,5 leitos de UTIN para cada 1.000 nascidos vivos. Em Belo Horizonte, no ano de 2007, registraram-se 42.184 nascidos vivos. (DATASUS, 2009). Esses dados apontam que seriam necessários 63 leitos de UTIN para suprir a necessidade de atendimento em terapia intensiva para os neonatos nascidos em Belo Horizonte. Em consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES verificou-se que existem, em Belo Horizonte, atualmente, 112 leitos de UTIN cadastrados, sendo que 100% são do SUS.

Esses dados chamaram a atenção pelo fato de que não há nenhum leito fora do SUS cadastrado no CNES. Esse resultado reflete a situação apontada nos estudos de Barbosa (2004) e Sousa *et al* (2004) que discutiram a dificuldade de obtenção de dados reais de cobertura das UTI's, visto que há um sub-registro dessas Unidades nos órgãos de controle.

Sousa *et al* (2004), em estudo sobre a disponibilidade de unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica no município de São Paulo, identificaram que 43% dos leitos de UTI de sua amostra não estavam registrados na Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), no Conselho Regional de Medicina, na Secretaria Municipal de Saúde ou na Secretaria Estadual de Saúde, sendo localizados por consulta à lista telefônica. Ressalta-se, portanto, a necessidade de um cadastro nacional de UTI, que seja obrigatório e confiável. (BARBOSA, 2004).

Se a necessidade de leitos de UTIN para suprir a demanda de crianças nascidas em Belo Horizonte, considerando os parâmetros da SES-MG para o dimensionamento da rede de atenção à mulher e à criança é de 63 leitos e há 112 cadastrados no CNES, identifica-se que somente os leitos do SUS excedem o número de leitos necessários.

Esses achados podem conduzir a um questionamento: Se há um superávit no número de leitos de UTIN no município de Belo Horizonte, como explicar a dificuldade em se conseguir leitos para internações em UTIN?

Aproximar à compreensão dessa realidade requer refletir sobre questões relativas à distribuição dos leitos de UTIN's, ao papel da Central de Internações nas ações de regulação, aos critérios empregados na determinação da necessidade de terapia intensiva e de permanência na UTIN. Ainda é necessário que se reflita sobre os critérios utilizados para o dimensionamento da rede de serviços destinados à mulher e a criança. Nesse sentido, importa considerar que a existência de hospitais de referência em nível estadual, que recebem neonatos com condições críticas de saúde cujo tempo de permanência na Unidade pode ser prolongado, traz implicações que alteram a dinâmica de ocupação e de oferta de leitos de terapia intensiva neonatal. Essas são questões determinantes para a garantia da qualidade da assistência, da integralidade, da equidade e, por fim, da continuidade do cuidado ao recém-nascido.

Barbosa (2004), em seu estudo, identificou que o grande investimento necessário para a abertura de Unidades de tratamento intensivo, tanto do ponto de vista dos

recursos materiais quanto da formação de recursos humanos, levou à concentração natural dessas Unidades nas regiões mais ricas e desenvolvidas, fenômeno observado em nível nacional.

Os estudos de Barbosa (2004) e Sousa *et al.* (2004) revelaram resultados, a princípio, parecidos com o identificado a partir dos cálculos realizados para o município de Belo Horizonte: número de leitos globalmente dentro do preconizado (mesmo no setor público), mas concentrados nas áreas centrais.

Para Barbosa (2004), a concentração dos leitos de UTI nas áreas centrais não representaria um problema, podendo até ser positivo, uma vez que é nessas áreas que se concentram as melhores Unidades, desde que houvesse um sistema efetivo de controle de vagas e de transporte para a criança criticamente enferma ou para a gestante de alto risco. E, ainda, que o número de leitos planejados levasse em conta também a demanda oriunda de outros municípios. O resultado de tal realidade, dentre outros problemas, é a falta da equidade em saúde.

Esse autor também identificou que há dificuldade em assegurar o acesso da população, em especial daquelas parcelas com menor poder aquisitivo, determinada tanto pela carência de serviços de transporte adequado, quanto pela desigualdade na oferta de leitos. (BARBOSA, 2004).

Para prosseguir nessa análise, faz-se necessário considerar o papel da Central de Internações. A Portaria SAS/MS n. 356 de 22 de setembro de 2000 (BRASIL, 2000) que define sobre a implantação de Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal, preconiza que todos os leitos das instituições hospitalares de Belo Horizonte, credenciados ao SUS, sejam regulados pela Central de Internações. Dentre suas funções, destaca-se o gerenciamento dos pedidos de vaga, contactando os hospitais e liberando a internação. Esse fluxo deve incluir tanto a demanda do município de Belo Horizonte, quanto a oriunda dos municípios do interior do estado.

Complementando essa análise, destacam-se as considerações feitas por Duarte (2007) que reforçam a importância dos profissionais dos Serviços na garantia do

acesso ao Serviço de saúde ao solicitarem e ao aceitarem a internação. Mesmo com esses mecanismos que buscam facilitar a internação, assume-se que o acesso não garante a integralidade, mas é um fator essencial para que ela ocorra.

Ao se considerar a possibilidade da realização de uma assistência pautada pelos princípios da integralidade, torna-se imprescindível a garantia do acesso aos Serviços de saúde. Todavia, Barbosa (2004) afirma que a garantia de bons resultados e de qualidade da assistência não se reduz a adequar a oferta de leitos intensivos à demanda da população, nem a assegurar o acesso. Esses são, sem dúvida, os primeiros passos: construir Unidades com estrutura adequada (recursos materiais, humanos e financeiros), que possibilitem o acesso universal da população aos Serviços; mas muito importante também é o aprimoramento dos processos de assistência.

Em Minas Gerais, o programa “Viva Vida” emerge como uma estratégia para a superação desse problema. O “Viva Vida” tem como objetivo a redução da mortalidade infantil e neonatal em Minas Gerais, utilizando estratégias como a estruturação da rede assistencial, a qualificação da rede de atenção e a mobilização social. (LELES, 2009).

Pensando a continuidade do cuidado e suas relações com os princípios de acesso aos Serviços, qualidade da assistência, fluidez e eficiência dos fluxos e contra-fluxos, infere-se a importância de se refletir sobre essas questões, buscando estratégias para a superação da fragmentação da assistência nos diversos Serviços que compõem a rede de cuidados em saúde.

Franco (2006) advoga que a intervenção sobre as necessidades dos usuários exige o trabalho de vários profissionais operando em rede, para resolver os problemas que surgem no cotidiano dos Serviços de saúde. Portanto, é a partir de uma articulação dinâmica de saberes, fazeres, tecnologias e subjetividades, que os atos de saúde se tornam produtivos e realizam o cuidado. (FRANCO, 2006).

Importa salientar, ainda, que o trabalho em saúde

[...] se dá a partir de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários, isto é, são fluxos permanentes entre sujeitos, e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo. A imanência das redes nesse processo traz a idéia de pertença, isto é, os trabalhadores pertencem uns aos outros enquanto equipe que opera mesmo que na informalidade; pertencem também a uma rede maior que faz fluxos-conectivos com outras equipes e unidades de saúde e tem suas conexões expandidas para o território da área da unidade ou equipe e o domicílio do usuário. (FRANCO, 2006, p. 462).

Ao pensar essas “conexões expandidas”, ou seja, as redes de saúde em seu significado mais amplo, Cecílio e Merhy (2005) discutem o papel do hospital na rede de Serviços de saúde e as implicações da conformação do trabalho no ambiente hospitalar para a integralidade do cuidado. De acordo com os autores, a possibilidade de superação da fragmentação do cuidado, para alcançar um cuidado contínuo e pautado pelos princípios da integralidade, frequentemente transversaliza todo o sistema.

Além da alta realizada como resposta à necessidade de disponibilização de leitos de terapia intensiva, a análise dos dados permitiu identificar a ocorrência de situações imprevistas, como uma situação observada, na qual a equipe da UTIN receberia um neonato que estava internado em um hospital particular, mesmo sem vaga disponível, visto que a solicitação da internação se deu por ordem judicial.

“A pediatra se aproxima da enfermeira e pede a ela que prepare um leito extra, pois haverá admissão de um recém-nascido proveniente de um hospital particular, por mandado judicial. A pediatra diz que dará alta para o recém-nascido do leito 2, mas que ainda precisa pedir a vaga na UNCP. Pede que um leito extra seja providenciado porque a criança pode chegar antes que o recém-nascido do leito 2 receba alta.” (DIÁRIO DE CAMPO, 17/06/2009, p. 23).

Situações como esta, apesar de não serem rotineiras no setor, quando acontecem, têm implicações diretas sobre a determinação da alta dos recém-nascidos da Unidade.

Nos momentos de imprevisibilidade, como o observado, os profissionais se veem obrigados a fazer escolhas, traçar alternativas e a estabelecer prioridades. Na

situação observada, a alternativa encontrada pelos profissionais foi a criação de um leito extra, o que foge às normas de atendimento da Unidade, que trabalha com número fixo de leitos.

Pensando essa situação e suas implicações para a integralidade e a continuidade do cuidado, verifica-se que as práticas em integralidade não se consolidam apenas na “transposição direta entre o dever ser e sua realização”. (LOUZADA; BONARDI; BARROS, 2007, p. 42). A integralidade se concretiza por “renormalizações”, nas quais são criadas novas normas sempre que as vigentes não conseguem responder à necessidade que se apresenta. (GOMES *et al*, 2007).

Essas “renormalizações” não só representam possibilidades para a concretização da integralidade como podem significar estratégias para a garantia da continuidade do cuidado, quando são realizadas com o objetivo de se prestar uma assistência segura, ética e de qualidade.

Importa ressaltar que essas escolhas não são livres de conflitos e alteram a dinâmica do trabalho na Unidade.

“O ambiente está tumultuado, muitas pessoas andando no setor, falam muito, preparam os materiais para a admissão, mudam equipamentos de lugar. Dois técnicos de enfermagem dizem à pediatra que estão com dois funcionários a menos e que não teria funcionários na escala para assumir mais uma criança [...] A enfermeira termina o atendimento e começa a desocupar um box da Unidade que estava sendo usado para guardar equipamentos. Nesse local será montado o leito para a admissão. A enfermeira se dirige a mim e diz que não sabe quem vai assumir a escala desse leito extra. Percebo que há vários comentários sobre o assunto entre os técnicos de enfermagem. O clima na Unidade está tenso. Apesar dos conflitos gerados, a equipe realiza o trabalho, providencia alguns materiais emprestados em outros setores e o leito é montado.” (DIÁRIO DE CAMPO, 17/06/2009, p. 23-4).

A situação observada e registrada no diário de campo evidenciou a dinamicidade e a imprevisibilidade do trabalho em saúde. Para Louzada, Bonardi e Barros (2007, p. 43), o trabalho em saúde requer “assumir riscos, ir além do delimitado”, o que

envolve improvisar “diferentes usos anteriormente não previstos”. Segundo as autoras, “trabalhar é sempre um drama, na medida em que envolve o trabalhador por inteiro sendo o trabalho um espaço de tensões problemáticas e de negociações de normas e valores”.

Ao exercitar sua capacidade de fazer escolhas, de priorizar, de acordar novas práticas, os profissionais abriram espaço para uma reflexão e uma (re) significação do trabalho e das práticas em saúde, permitindo, quem sabe, uma aproximação a práticas pautadas pela integralidade do cuidado.

A análise dessa situação pode ser enriquecida pelos conceitos discutidos por Louzada, Bonardi e Barros (2007) de “normas antecedentes” e “normas recentradas”. As normas antecedentes são os procedimentos, os protocolos, as formas de ação já consolidadas que não levam em consideração as especificidades locais ou temporais. As normas recentradas são aquelas que remetem à vida a ser vivida no presente, “ressingularizadas”. Segundo as autoras, “entre as normas antecedentes e as normas recentradas, fazeres são afirmados num processo de consolidação de valores”. (LOUZADA; BONARDI; BARROS, 2007, p. 45).

Na situação observada, emergiu uma contradição, percebida a partir de um debate intenso de valores, de normas. Por um lado, vê-se uma Unidade lotada, sem disponibilidade de materiais, equipamentos e profissionais para admitir mais uma criança, quadro agravado pela obrigatoriedade imprimida pela ordem judicial da internação. Por outro lado, vê-se a manifestação de outros valores como a justiça, a solidariedade, a igualdade. E, a partir desse conflito entre o instituído e o singular, entre as “normas antecedentes” e as “normas recentradas”, os profissionais fizeram suas escolhas, determinaram suas prioridades, articularam, negociaram e o resultado foi o leito preparado para a admissão do recém-nascido.

A análise dessa situação revelou que a integralidade deve se concretizar para além do plano prescritivo, como sendo unicamente o acesso e a permanência do usuário no Serviço de saúde, tomando-a como um local privilegiado de encontro entre os sujeitos. Isso leva a pensar adiante das garantias constitucionais, “ao apontar para

as microgestões de saberes e fazeres frente as normas estabelecidas e os *valores dimensionáveis*".² (LOUZADA; BONARDI; BARROS, 2007, p. 45). (grifamos).

Ressalta-se que a construção de uma assistência pautada pelos sentidos de integralidade

[...] exige mudanças na organização da gestão e do trabalho. É incongruente com profissionais que aceitem o determinismo das estruturas, requer atores que se reafirmem como capazes de pensar estratégias e de dar sentido a seu fazer na tentativa de acompanhar a dinamicidade e a intensidade dos acontecimentos do espaço assistencial. (DUARTE, 2009, p. 652).

Outra condição, apontada pelos profissionais, que interfere na definição da alta dos recém-nascidos da UTIN diz respeito aos vínculos estabelecidos entre a equipe e os pais e entre a equipe e o recém-nascido. Os profissionais relataram que, em algumas situações, a dificuldade de se desvencilhar desse vínculo, acaba dificultando a realização da alta do recém-nascido para outros setores do hospital.

Isso é evidenciado no discurso de Pr3 que, ao citar os fatores relacionados à definição da alta dos recém-nascidos da UTIN, diz que

"[...] tem também a questão da equipe conseguir dar alta pra esse recém-nascido, por causa do vínculo que, às vezes, é formado com a família, com o bebê, a história da criança".

Para os profissionais, não só a equipe, mas as famílias também ficam inseguras com a alta do recém-nascido da UTIN, especialmente aquelas cujos recém-nascidos passaram por um longo período de internação na Unidade, devido aos vínculos que foram estabelecidos.

"As famílias e a própria equipe ficam inseguras com a alta do recém-nascido da UTI; especialmente devido ao tempo prolongado de internação da criança e aos vínculos que são estabelecidos entre a equipe com o bebê e com os pais." (Pr6)

² Schwartz (2005) define os *valores dimensionáveis* como aqueles que podem ser quantificados, remetendo aos números e avaliações, ignorando as microgestões.

Na situação analisada, emergiu uma contradição entre as realidades vivenciadas pelos profissionais: se, por um lado, a necessidade de disponibilizar leitos de UTI leva-os a realizar altas precocemente; por outro lado, há a dificuldade de se desvencilhar dos vínculos estabelecidos com o neonato e sua família, o que pode prolongar o tempo de permanência na Unidade.

O vínculo estabelecido entre pais, recém-nascidos e profissionais, no transcorrer da internação do neonato na UTIN, pode ter implicações diversas para a continuidade e a integralidade do cuidado ao recém-nascido, sendo que seus reflexos podem ser percebidos durante as diferentes etapas da internação na Unidade, inclusive no planejamento da alta e nas devidas orientações aos pais.

Reichert, Lins e Collet (2007) afirmam que o estabelecimento e a manutenção do vínculo entre pais e recém-nascido, durante o período de hospitalização, é fundamental para o despertar do cuidado da família para com o bebê, como também para acelerar o processo de recuperação de sua saúde. O contato dos pais com o bebê e o apego dos mesmos exerce profundos efeitos no futuro crescimento e desenvolvimento do filho. Para as autoras, esse apego não pode ser visto somente como manifestação simples e rápida, mas como o início de um processo complexo de experiências com o neonato.

Ainda sobre os benefícios do vínculo entre pais e recém-nascido, resultados de estudos controlados, como o de Robson (2003), demonstram efeitos clínicos positivos, como a redução da dependência de suporte ventilatório, melhora do ganho ponderal, início da sucção não nutritiva mais precocemente, melhora da autorregulação, melhora neurocomportamental, redução do tempo de hospitalização e dos custos do cuidado.

Em relação aos vínculos entre pais/família e profissionais, Reichert, Lins e Collet (2007) advogam que a redução da ansiedade dos pais, pelo apoio e pelo estímulo à expressão de seus sentimentos, é um ponto importante a ser considerado no tratamento do recém-nascido de risco. Para as autoras, quando o pai ou a mãe experimenta um relacionamento positivo com um profissional no hospital, seu nível

de ansiedade diminui e sua percepção da situação torna-se mais acurada.

Essas autoras reforçam, ainda, que, quando o cuidado é pautado em uma relação profissional de apoio às famílias, a recuperação, o crescimento e o desenvolvimento do neonato podem ser potencializados; os efeitos nocivos da internação são reduzidos, os pais se tornam elementos ativos do processo de hospitalização, o que pode contribuir para uma boa qualidade de sobrevivência da criança. (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Assim, o relacionamento entre pais e profissionais pode ser um facilitador para o estabelecimento do vínculo pais/recém-nascido, desde que os profissionais apoiem os pais na superação das dificuldades, angústias, ansiedades e medos que a internação do neonato na UTIN pode gerar nesses familiares.

Diante do exposto, os profissionais devem se fazer sempre presentes, interagindo cotidianamente com o recém-nascido e seus familiares, compartilhando percepções, crenças e valores, auxiliando na reorganização dos pais e familiares, em sua adaptação em relação à situação vivenciada e ao ambiente do hospital, promovendo, assim, o desenvolvimento do apego dos pais/família com o bebê, sabendo-o de vital importância para seu crescimento e desenvolvimento saudável. (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Além dos benefícios para o recém-nascido e sua família, os vínculos estabelecidos durante a hospitalização podem ser encorajadores também para os profissionais. Kamada e Rocha (2006), em estudo relacionado às expectativas de pais e profissionais sobre o trabalho da enfermeira na UTIN de um hospital do interior do estado de São Paulo, identificaram que a equipe de enfermagem percebe que o trabalho do cuidar exige grande dedicação e o vínculo com os pacientes pode ser tão prazeroso que garante a permanência dos cuidadores numa área de trabalho tão difícil.

Uma das características do processo de trabalho em saúde é que se estrutura em intensas inter-relações. Essa característica implica, portanto, em “fazermos a

diferença no modo como lidamos com o outro, tratando-o com dignidade e respeito, valorizando seus medos, pensamentos, valores e crenças, estabelecendo momentos de fala e de escuta”. (REICHERT; LINS; COLLET, 2007, p. 205).

Desse modo, o relacionamento entre os profissionais e a família deve ser um encontro de subjetividades do qual possam emergir novas compreensões e interpretações, contribuindo para o sucesso do tratamento e para a superação de dificuldades instauradas pela hospitalização do recém-nascido. (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Sobre essa temática, Vieira e Mello (2009) ressaltam a necessidade de que os Serviços de saúde incorporem, em seu cotidiano, a noção da família como uma unidade, avaliando seu funcionamento, os recursos utilizados para o enfrentamento das situações estressantes e a vulnerabilidade presente em cada situação. Para isso, deve-se assumir o cuidado integral como uma interface de diálogo entre os profissionais de saúde, a criança e a família, valorizando a intersubjetividade, criando uma relação de vínculo e co-responsabilização dos sujeitos pelas situações de saúde.

Sem desconsiderar a importância dos vínculos estabelecidos durante a internação para o neonato, para os pais e para os profissionais, há que ser vigilante a fim de que não sejam estabelecidas relações de dependência entre os profissionais e os pais. Sabe-se que os profissionais da UTIN se tornam referências para os pais, especialmente para aqueles cujos filhos permaneceram por longos períodos de internação na Unidade. Entretanto, essas relações devem ser potencializadoras da autonomia dos pais para o cuidado com os filhos, seja na própria Unidade, seja nos setores de cuidado intermediário e no domicílio.

Segundo Merhy (1998), qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário produz-se através de um *trabalho vivo em ato*³, em um processo de relações, a partir do qual se criam momentos de falas, momentos de

³ Merhy (1997a) define o “trabalho vivo em ato” como aquele que ocorre no momento mesmo em que ele se realiza, no imediato fazer da produção do serviço”. (p. 122).

escutas e de interpretações, nos quais se produz ou não se produz o acolhimento das intenções que essas pessoas colocam nesses encontros; momentos de cumplicidade, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema a ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e de aceitação.

Logo, os profissionais devem valer-se do vínculo com os pais para aproximá-los de seus filhos e orientá-los para o cuidado ao neonato, contribuindo, dessa maneira, para a boa evolução do recém-nascido e para a continuidade do cuidado iniciado durante a internação na UTIN.

5.1.3 Como realizar a alta da UTIN? – Procedimentos, estratégias e tecnologias utilizados na construção da alta do recém-nascido

Essa sub-categoria emergiu da análise dos relatos de profissionais e pais cujos conteúdos referem-se aos procedimentos, estratégias e tecnologias utilizados pela equipe para a construção da alta do recém-nascido da UTIN.

A partir do conteúdo das entrevistas e das observações, identificou-se que a equipe desenvolve os seguintes procedimentos para realizar a alta do recém-nascido da UTIN: solicitação de vaga no setor para o qual o neonato será transferido; prescrição da alta e construção do relatório médico de alta; comunicação da alta aos pais; avaliação do recém-nascido e das condições em que será transferido, preparação dos recursos necessários à transferência.

De acordo com Pr6, os recém-nascidos que recebem alta da UTIN

“[...] vão geralmente para a UNCP, para a pediatria ou para os hospitais de origem, quando for o caso”.

Em relação à solicitação de vagas, verificou-se que é realizada, normalmente, nos momentos finais da internação do recém-nascido na UTIN. Quando há disponibilidade de vagas observou-se que, geralmente, o neonato é transferido no

mesmo dia em que é feita a solicitação.

Os médicos foram apontados, pelos entrevistados, como os profissionais responsáveis pela solicitação da vaga e pela determinação de qual recém-nascido terá alta.

“A alta, no dia a dia, eu acho que é assim: o plantonista médico com a coordenação eles decidem a alta, eles decidem a hora da criança ir ou pra transferência ou pra outro hospital dependendo do caso clínico. A discussão do caso, se ele vai por troca, se vai um bebê melhor e vem uma outra criança que está precisando de terapia intensiva, isso aí fica a cargo do plantonista médico.” (Pr4)

Concluída a solicitação da vaga, os próximos procedimentos são a prescrição e o relatório médico da alta.

De acordo com os relatos dos profissionais, a etapa seguinte consiste na comunicação da alta aos pais. Entretanto, nem sempre os pais são incluídos nesse momento. Pr2 e Pr3 informaram que, em algumas situações, a alta é realizada sem que os pais sejam informados e sem que estejam presentes.

“Às vezes o bebê tem alta num dia, às vezes os pais foram lá no dia anterior, visitaram o menino na UTI, aí ele tem alta e eu não vejo que há essa comunicação com os pais. Aí quando ele chega na UTI no dia seguinte, o bebê já foi de alta pro berçário ou pra pediatria. Aí ele fica: ‘Cadê meu filho? O que aconteceu com meu filho?’.” (Pr3)

Em seu relato, Pr2 reafirmou que, em determinadas situações, a equipe não espera os pais chegarem à Unidade para realizar a transferência do recém-nascido e que isso gera ansiedade nos pais.

“Ontem o pai saiu, ele não tinha ido (de alta) ainda, né, então o pai chega e pergunta: ‘O meu bebê está onde?’. Tem o primeiro desgaste, né.” (Pr2)

Por fim, os outros procedimentos utilizados para a construção da alta do recém-

nascido da UTIN são a avaliação do recém-nascido e das condições em que será transferido e a preparação dos recursos necessários para a transferência.

De acordo com o relato de Pr7, antes de realizar a alta ela “checa o menino todo”, confere o acesso venoso, as drogas que está recebendo e, só então, transfere o recém-nascido.

A preparação dos materiais e equipamentos necessários para a realização da alta fica sob a responsabilidade do enfermeiro. A análise dos dados permitiu identificar que, em situações específicas, a assistente social também participa, por exemplo: quando tem que providenciar algum medicamento especial para o neonato que vai receber alta, quando se trata da alta de recém-nascidos para Serviços localizados em outros municípios ou quando é necessário disponibilizar alguma tecnologia de suporte no domicílio ou algum medicamento especial, conforme presente no relato a seguir.

“A assistente social participa em situações específicas como, por exemplo, quando tem que providenciar algum medicamento especial para o recém-nascido que vai receber alta.” (Pr6)

Para possibilitar a realização dos procedimentos utilizados na alta do recém-nascido, verificou-se que os profissionais se valem de algumas estratégias. Dentre elas, destacam-se o trabalho em equipe e a articulação com os setores do hospital para onde normalmente esses neonatos são encaminhados quando recebem alta da UTIN.

Acerca do trabalho em equipe, identificou-se que a Unidade conta com uma equipe multiprofissional, que possui neonatologistas e pediatras intensivistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogo e psicólogo. No período da coleta de dados, a psicóloga estava afastada por licença maternidade. A equipe também contava com um profissional do serviço social que havia pedido desligamento do cargo poucos dias antes do início do trabalho de campo e ainda não fora substituído.

A partir da análise dos dados, verificou-se que o trabalho em equipe é uma estratégia reconhecida e buscada pelos profissionais da UTIN cenário do estudo, para tornar possível a construção da alta do recém-nascido.

Ao abordar o trabalho em equipe como uma estratégia que pode favorecer a continuidade e a integralidade do cuidado, Peduzzi (2007) analisa que esse trabalho se constitui em uma intervenção que busca promover a mudança das práticas em saúde; visando a integração das ações de saúde e dos trabalhadores, no sentido de se assegurar uma assistência que responda, de maneira “ética, técnica e comunicacional, às necessidades de saúde dos usuários”. (PEDUZZI, 2007, p. 161).

Os profissionais entrevistados apontaram que, na tentativa de se assegurar o trabalho em equipe, a comunicação dialógica representa um elemento fundamental. Entretanto, emergiram contradições nas ponderações desses profissionais a respeito da comunicação entre os membros da equipe.

Nesse sentido, os relatos apontaram tanto para uma sensação de satisfação em relação à comunicação estabelecida pela equipe, quanto para sua insuficiência. Para exemplificar, destacaram-se os relatos de Pr7, Pr1 e Pr4.

Depreendeu-se dos relatos de Pr1 e Pr7 que consideram a comunicação entre os membros da equipe adequada. Em seu relato, Pr1 afirmou que os profissionais têm uma boa comunicação e exemplificou dizendo que, quando acontece uma admissão, ela já sabe tudo sobre o recém-nascido que vai chegar, porque as informações foram passadas para ela com antecedência.

Já Pr4 ressaltou que a comunicação entre os membros da equipe não é satisfatória e que esse fato pode trazer comprometimento à assistência prestada ao neonato, inclusive no que se refere ao planejamento da alta.

“Eu sinto que tem uma distância muito grande entre o que o médico passa, entre o que o enfermeiro fica sabendo e entre o que o técnico está sabendo sobre a criança, tem uma distância muito grande. Tem uma barreira muito grande nesse aspecto

ainda. Então isso atrapalha a alta, atrapalha o tratamento da criança, atrapalha o andamento da criança na Unidade.” (Pr4)

Segundo Braga (2006), valorizar a fala do outro, reconhecer os conhecimentos de cada profissional e ser disponível à interação são habilidades que influenciam diretamente no cuidado ao recém-nascido. Entretanto, em seu estudo, a autora identificou que há dificuldades na comunicação entre os profissionais na UTIN e que é necessário um movimento de abertura para apreender e valorizar a fala de cada ator envolvido no cuidado.

Para favorecer a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional faz-se necessário um espaço que possibilite as interações, as trocas, as conversas e as decisões compartilhadas e cotidianas sobre a assistência ao recém-nascido. (BRAGA, 2006).

A partir dos dados coletados, apreendeu-se que a corrida de leitos pode representar um espaço de diálogo entre os membros da equipe, contribuindo para a troca de saberes e a construção coletiva de um cuidado centrado no recém-nascido/família, beneficiando o planejamento da alta e favorecendo a continuidade e a integralidade do cuidado.

Entretanto, os relatos dos profissionais sinalizaram que, da maneira como é realizada na UTI cenário do estudo, a corrida de leitos não contribui para a integralidade e a continuidade do cuidado.

Um dos motivos para essa afirmação é o fato de a corrida de leitos acontecer sem a representação de alguns profissionais de fundamental importância na realização do cuidado, como os técnicos de enfermagem. Contudo, os relatos evidenciaram tentativas de aproximação a uma realidade na qual os diversos profissionais estejam articulados na construção da alta do recém-nascido.

“Quem menos fica sabendo desse processo do planejamento da alta é a equipe de técnicos porque eles não participam da corrida de leitos, mas agora tem essa proposta da participação deles na corrida.” (Pr6)

Braga (2006), em seu estudo, encontrou resultados semelhantes e ressaltou que a permanência do técnico de enfermagem, em tempo integral, com cuidados à criança, configura a importância de sua participação nas discussões acerca do cuidado.

Além disso, assim como no estudo de Braga (2006, p. 83), que evidenciou que as passagens de plantão que aconteciam eram “boletins médicos, com pouca participação ativa dos profissionais e com centralidade das decisões em uma categoria profissional”, verificou-se que a corrida de leitos, no cenário do estudo, também está centrada nos profissionais e nas patologias, o que não favorece uma assistência integralizadora, conforme exposto no relato de Pr2.

“A corrida de leitos [...] eu costumo dizer que é uma passagem de plantão médico. Eu não vejo, nesse momento, em que todos os profissionais estão sentados conversando, ninguém se preocupando em individualizar esse paciente. Na corrida, se você tira o cabeçalho com o nome do recém-nascido, se misturar você não consegue identificar quem é o paciente. O que você consegue identificar: que é um paciente que precisa de CTI porque ele está em ventilação mecânica, porque foi citado; controle laboratorial rigoroso, porque foi citado; monitorização invasiva, porque foi citado; dieta suspensa e nutrição parenteral, porque foi citado; antibióticos de longo espectro porque ele não responde ao tratamento da sepse. Mas quem é o paciente? Então, eu não vejo essa preocupação.” (Pr2)

Considera-se que a corrida de leitos pode representar um espaço privilegiado para potencializar a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional, refletindo em uma assistência mais qualificada, contínua e integralizadora. Contudo, há que se (re) pensar os processos dialógicos e de trabalho envolvidos, buscando relações de trabalho mais horizontais, pautadas no reconhecimento da importância dos diferentes saberes de cada profissional e na atuação conjunta dos membros da equipe.

Para Braga (2006), o diálogo entre os diversos profissionais que compõem a equipe e deles com as famílias dos neonatos internados na UTIN é capaz de viabilizar a continuidade da assistência e a compreensão ampliada da situação, evitando-se um

retrabalho.

Ainda em relação ao trabalho em equipe, apreendeu-se que a equipe se estrutura a partir de relações hierarquizadas, estando a centralidade do processo de trabalho na figura do profissional médico. No que se refere às questões envolvidas na alta do recém-nascido da UTIN, cabe a esse profissional grande parte das ações voltadas para a concepção da alta, conforme disposto nos relatos a seguir.

“Eu não sei muito bem porque eu não participo muito, mas pelo o que eu vejo, da minha experiência, quem dá a alta é o médico. E em alguns casos tem a participação da enfermagem também que dá as orientações.” (Pr3)

“A enfermagem, eu acho que a enfermagem nesse aspecto do planejamento ainda está muito presa ao contexto do que o médico mandou. O diagnóstico de enfermagem, a avaliação de enfermagem ainda não está muito observada pelos médicos, isso ainda está meio atropelado por eles.” (Pr4)

“Essa questão é mais médica. Então, aí eu não sei os critérios médicos, os mecanismos, porque não é a gente que determina isso.” (Pr7)

A análise dos dados permitiu verificar que, no cenário do estudo, há uma marcante divisão técnica do trabalho, em que cada profissional tem uma atuação bem delimitada dentro da ampla gama de ações que determinam a assistência intensiva em saúde, havendo obstáculos para a articulação entre elas. No contexto da construção da alta da UTIN, observou-se que os profissionais médicos estão mais envolvidos com as ações voltadas à concepção da alta e os outros profissionais, de nível superior ou técnico, são responsáveis por planejar e desenvolver ações que irão assegurar as condições para que a alta se realize.

Sobre essa temática, Pr4 citou, como atribuições dos técnicos de enfermagem na construção da alta do recém-nascido, dar as medicações nos horários certos, evitar a infecção cruzada, ou seja, atentar para que não haja situações que possam comprometer a boa evolução dos recém-nascidos durante a internação. Segundo o entrevistado, esses profissionais também participam no momento da transferência

dos recém-nascidos, quando a alta não é para o domicílio.

No que diz respeito à participação dos enfermeiros na construção da alta da UTIN, os profissionais relataram que suas funções são as de orientar a equipe de técnicos sobre o preparo do recém-nascido para a transferência e ajudar na disponibilização dos recursos necessários para que a alta aconteça. Alguns profissionais citaram que o enfermeiro participa também de atividades relacionadas à orientação dos pais para a alta. Entretanto, esses profissionais afirmaram que esta é uma atividade não sistematizada no setor.

“Quando os pais estão presentes no meu turno de trabalho, o pouco contato que tenho com eles, de alguma forma, eu tento de forma, assim, espontânea, por curiosidade muitas vezes do que eu posso contribuir, eu converso com esses pais, mas de forma informal, não tem nada que documente que eu fiz essa conversa com os pais.” (Pr2)

Cecílio e Merhy (2005), ao discutir aspectos relativos à gestão do cuidado no ambiente hospitalar, reforçam o papel quase “silencioso” da prática da enfermagem, no cotidiano, de garantir os insumos necessários ao cuidado, articulando e encaminhando os procedimentos necessários à realização de exames complementares, dialogando com a família, conduzindo a circulação do paciente entre as áreas do hospital, indicando que a enfermagem é responsável por uma gama muito grande de atividades que resultam, afinal, no cuidado.

No cenário do estudo observou-se este “papel silencioso” da enfermagem, que surgiu, na análise dos dados, a partir da realização de pequenas e múltiplas ações que, no conjunto do trabalho da equipe, torna possível a realização do cuidado e a construção da alta do recém-nascido.

A participação dos profissionais fisioterapeutas e do fonoaudiólogo foi citada apenas em situações específicas, algumas delas mais relacionadas ao tratamento que ao planejamento da alta, conforme evidenciado na fala de Pr3:

“[...] a gente só participa em algumas situações específicas,

quando tem, por exemplo, alguma criança que precisa fazer uma gastrostomia, aí a gente entra com as orientações para os pais. É mais na parte do tratamento”. (Pr3)

A análise dos dados permitiu visualizar que o coletivo de profissionais que integram a equipe assistencial vivencia, no cotidiano do trabalho, a contradição entre o reconhecimento da necessidade de superar a fragmentação do cuidado, que está centrado nos profissionais e nas patologias para buscar um cuidado centrado no recém-nascido/família; e a dificuldade de redistribuir poderes, de horizontalizar as relações de trabalho e compartilhar os múltiplos saberes dos diferentes profissionais.

Para Duarte; Sena; Xavier (2009), na perspectiva da restauração biológica, os sucessos da organização orientada na fisiopatologia são evidentes. Entretanto, a autora assegura que, quando são consideradas “outras dimensões do processo de padecimento, impõe-se a necessidade de um diálogo entre os sujeitos, rompendo as fronteiras de suas disciplinas para uma construção solidária do cuidado”. (DUARTE; SENA; XAVIER, 2009, p. 652). Nesse sentido, o trabalho em equipe pode potencializar as ações individuais, suprimindo as limitações de cada profissional.

Em relação a esse processo de fragmentação do cuidado, Neto e Malik (2007) referem-se ao aparecimento e ao reconhecimento de novos profissionais na área da saúde a partir dos anos 1950 (psicólogos, biólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, biomédicos, técnicos de diversas áreas). Somando-se a esse fato, há o aumento exponencial tanto no número de egressos de centros formadores de algumas categorias quanto na oferta de cursos para a formação desses profissionais e de outros já existentes, o que contribuiu para a criação de um “campo de batalha para re-dividir o cuidado aos pacientes e redimensionar o espaço de cada profissional na atenção”. (NETO; MALIK, 2007, p. 826).

Nessa perspectiva, cada profissional quer garantir a presença do seu saber específico, sem considerar o de outros, potencialmente complementares. O conceito de equipe multidisciplinar fica perdido nesse modelo assistencial, embora cada vez mais presente no discurso. O resultado desse processo é a falta da integralidade da assistência. (NETO; MALIK, 2007).

Ressalta-se que o trabalho em equipe constitui-se por meio da relação entre a articulação das ações executadas pelos distintos profissionais e a interação entre esses profissionais. Portanto, compartilhar a mesma situação de trabalho ou estabelecer relações cordiais de trabalho não são atitudes suficientes para se garantir a integração dos distintos saberes especializados, tendo em vista a integralidade da saúde. (PEDUZZI, 2007). Ao se estabelecerem relações desarticuladas entre os diferentes saberes profissionais, com desigual valorização dos conhecimentos específicos de cada profissão, não só se contribui para a desarticulação dos atos de saúde como para uma visão fragmentada, compartimentalizada do próprio usuário e de suas necessidades.

Para Silva Jr, Merhy e Carvalho (2005), há uma idéia de que as equipes de saúde produzem conhecimentos sobre o problema trazido pelo usuário a partir de “ordenamentos de procedimentos investigativos” que, justapostos, ofereceriam uma visão integradora do caso. Na maioria das vezes, a ênfase nesses procedimentos e a dificuldade de produzir núcleos comuns de discussão do caso produzem visões fragmentadas, “desfocando” a integralidade do usuário. O esforço em construir um foco comum entre os profissionais, centrando a atenção no usuário, é um desafio para as equipes.

Ainda sob esse prisma, ressalta-se a análise de Merhy (2005a) que enfatiza que o usuário, sob o olhar dos “núcleos profissionais hegemônicos” torna-se fragmentado, “objeto suporte” para a produção de um ato de saúde que se reduz a um procedimento profissional, o que vem consagrando a construção de modos de cuidar centrado nos procedimentos. Segundo o autor, dentro desse tipo de ação de cuidado,

[...] somando todos os olhares profissionais, não se consegue chegar ao outro como quem também olha, que também tem desejos, vontades, intenções, modos de expressar necessidades não fragmentárias. Como um outro que não parte de núcleo profissional nenhum, de nenhum território tecnológico de ação. Como um outro que é um mundo de necessidades, rico de complexidades lógicas, pois pode conter desde dimensões restritas às formas corporais de sofrer, até necessidades de ser escutado, vinculado, inserido em redes comunicativas com outros, com vontades cidadãs. (MERHY, 2005a, p. 199).

A segunda estratégia identificada para assegurar a realização dos procedimentos necessários à alta do neonato da UTIN é a articulação entre a Unidade e os demais setores do hospital ou Serviços que receberão o recém-nascido egresso da UTIN.

Os profissionais entrevistados consideraram que a articulação, entre a UTIN e os setores do hospital (UNCP e pediatria) que geralmente recebem os neonatos após a alta, é adequada. Entretanto, quando o recém-nascido recebe alta para outros Serviços, os profissionais afirmaram que a articulação tem falhas. Pr6 disse que

“[...] quando o recém-nascido é transferido para outros Serviços de saúde nós não temos um retorno”.

Os profissionais relataram o fato de a UNCP e a UTIN terem uma coordenação médica única como facilitador da articulação entre esses setores.

“A coordenação única da UNCP e da UTIN faz essa interligação entre os dois setores. Por estar presente nas duas corridas de leito, então a coordenação já tem essa visão dos dois lados. Sabe se tem algum melhor na UTI que pode ter alta, se tem vaga na UNCP, e também se tem algum menino mais grave na UNCP que precisa ir pra UTI. Então, nesse ponto eu achei que a coordenação única da UTIN e UNCP favoreceu essa integração.” (Pr3)

“Quando a alta acontece para a UNCP, o fato de ter uma coordenação única para a UTIN e a UNCP facilita essa articulação porque a coordenação faz essa ligação.” (Pr6)

A análise dos dados indicou que o médico é o profissional responsável pela articulação entre esses setores, o que reforça a análise acerca da centralidade do planejamento da alta nesse profissional.

“A articulação é feita geralmente pelos pediatras horizontais e em alguns casos pelos plantonistas, pode ser pessoalmente ou por telefone.” (Pr6)

“O médico faz a articulação. Raríssimas situações o enfermeiro e nenhuma opção os demais profissionais.” (Pr2)

A partir da análise dos dados relativos aos procedimentos e estratégias utilizadas na alta do recém-nascido da UTIN, pode-se apreender, também, como as tecnologias em saúde se fazem presentes no cotidiano do trabalho na Unidade.

O conteúdo dos relatos permitiu verificar, especialmente, o uso de tecnologias duras, mais estruturais, como, por exemplo, a utilização de equipamentos como incubadoras, respiradores, unidade de transporte, entre outros, para realizar a transferência do recém-nascido que receberá alta, conforme expresso no relato de Pr7.

“Então a primeira coisa que eu olho é isso e já vou imediatamente no berçário (UNCP) pra saber como que eles estão lá, se vão ficar com a nossa incubadora, ou com o berço, como que vai acontecer.”

Além da utilização das tecnologias duras, os profissionais também relataram a incorporação de tecnologias leve-duras, como os relatórios médicos de alta e a prescrição médica diária, que é levada com o recém-nascido para o setor ou Serviço para o qual foi transferido para dar continuidade à terapêutica. A esse respeito, foi realizada uma observação na qual o recém-nascido estava preparado para receber alta para a UNCP, o leito naquele setor já estava pronto, mas a transferência não foi realizada enquanto não foi providenciada a prescrição médica do dia.

“A enfermeira pergunta à técnica de enfermagem onde está a prescrição do leito 2. Ela responde que ainda não está pronta. A enfermeira diz que enquanto não sair a prescrição do dia não tem como transferir o recém-nascido. O recém-nascido é preparado e fica na incubadora, monitorizado com saturímetro de transporte até que a prescrição fique pronta. Cerca de 15 minutos depois o pediatra entrega à técnica a prescrição do dia, o relatório de alta e um exame de RX e diz que pode transferir o recém-nascido.” (DIÁRIO DE CAMPO, 17/06/2009, p. 24).

As tecnologias leves também se fizeram presentes. Apesar de ser reconhecida com menos intensidade pelos entrevistados, essa modalidade de tecnologia sustenta, entre outros, a articulação entre profissionais da UTIN e dos setores ou Serviços que receberão o neonato nos procedimentos de planejamento e implementação da alta, bem como sustenta a relação entre pais e profissionais, a passagem de notícias e

orientações direcionadas à alta.

A partir da análise dos dados, apreendeu-se que, na Unidade em estudo, o cuidado está estruturado a partir do predomínio das tecnologias duras e leve-duras, com menor ênfase no uso das tecnologias leves.

Para Merhy (1998), quando há domínio dos interesses organizados em torno das tecnologias duras, os processos de trabalho estão mais comprometidos com o uso dessa forma de tecnologia do que com os problemas de saúde a serem enfrentados. Para o autor, o reflexo dessa forma de organização é um modelo assistencial voltado para a produção de procedimentos, que consome intensamente tecnologia dura, gerando ainda mais necessidade de “produção de procedimentos”.

Esse modo de operar o trabalho em saúde produz, permanentemente, o esgotamento das tecnologias leves, o que gera, sistematicamente, uma relação usuário-profissional marcada por um processo de “alienação/desresponsabilização custosa e ocasionalmente resolutive”. (MERHY, 1998, p. 5).

Apesar do predomínio das tecnologias duras e leve-duras, a análise dos dados permitiu identificar, entre os profissionais da equipe, atitudes que sinalizam para a busca da continuidade do cuidado a partir do uso negociado e equilibrado das diversas modalidades tecnológicas, como a situação observada, na qual um recém-nascido teria alta para outro Serviço de saúde.

“[...] a pediatra se dirige à enfermeira e pergunta se ela sabe se as medicações que o bebê está usando (são medicações específicas, manipuladas exclusivamente para ele) podem ser levadas com ele, para que o recém-nascido não fique sem tomar os remédios na outra instituição, até que os mesmos sejam manipulados no outro hospital. A enfermeira diz que irá conversar com a funcionária da farmácia [...]. Em alguns minutos a enfermeira retorna com vários frascos de medicação e diz à pediatra que a farmácia liberou o envio dos medicamentos do bebê. [...] a técnica de enfermagem diz à enfermeira que a pediatra entregou a ela a prescrição do dia e pediu que ela colocasse os horários das próximas medicações para que o recém-nascido continue a usá-las no horário certo.

A enfermeira orienta a TE quanto aos horários das medicações e anota-os na prescrição [...]. Após preparar o recém-nascido para o transporte, a técnica de enfermagem coloca o bebê no colo da mãe. A técnica de enfermagem pega a bomba de infusão, a pediatra pega o saturímetro de transporte e a enfermeira leva o cilindro de O2. O pai também acompanha a transferência”. (DIÁRIO DE CAMPO, 09/05/2009, p. 20-3).

Na situação observada, verificou-se que as tecnologias duras, leve-duras e leves são utilizadas para a realização da alta do neonato. Pode-se observar que há um esforço da equipe no sentido de adotar práticas que possibilitem a continuidade do cuidado após a alta da UTIN.

Diante dessa complexa configuração tecnológica do trabalho em Saúde, Merhy (1998, p. 3) advoga que só uma conformação adequada da relação entre as três modalidades de tecnologia pode “agregar qualidade ao sistema, expressa em termos de resultados”. Não se trata, portanto, de dizer que uma tecnologia é melhor do que outra, mas sim de articulá-las de maneira equilibrada, buscado responder de maneira ampla às necessidades dos usuários.

Analisa-se que o trabalho em saúde, sustentado em um modelo assistencial centrado no usuário, deve valer-se das tecnologias leves, comprometer-se com uma gestão mais horizontalizada dos processos de trabalho das equipes de saúde e visar resultados balizados nos benefícios gerados para os usuários. Sendo assim, ressalta-se que a possibilidade de um novo modelo assistencial, centrado no usuário, passa pelo

[...] re-ordenamento das relações entre as tecnologias leves e duras, mediadas pelas leve-duras, e considerando que o território das tecnologias leves não é campo específico de nenhum profissional, mas base para a atuação de todos. Temos na mediação que os saberes estruturados realizam para incorporar estratégias de intervenções, como no caso de profissões tipicamente de Saúde, um elemento vital para a ação dos diferentes profissionais de Saúde. (MERHY, 1998, p. 108).

5.2 Orientando os pais para a alta do recém-nascido da UTIN

5.2.1 O envolvimento dos pais no cuidado

Essa sub-categoria emergiu da análise das observações e das entrevistas de pais e profissionais sobre a participação dos pais no cuidado e de como essa participação pode repercutir na qualidade da orientação dada aos pais com relação à alta de seus filhos da UTIN.

De acordo com os relatos de pais e de profissionais e com os dados obtidos a partir das observações, verificou-se que a alta na UTIN está centrada nos profissionais e não na família. A análise dos dados permitiu verificar que os pais não são envolvidos nas atividades de cuidado ou o são de maneira esporádica, não sistemática, o que, conseqüentemente, pode comprometer o preparo dos mesmos para a alta do recém-nascido da UTIN e para a alta hospitalar.

“Aqui eu sei quando esse paciente está em critério de alta, mas os pais não sabem. [...] Eu não vejo esse passo aqui de preocupar com o cuidador.” (Pr2)

Pr2 afirmou que o perfil da demanda assistencial do setor, que é marcado pelas tecnologias duras, pela assistência especializada e complexa, dificulta a orientação aos pais para a alta, conforme expresso no relato a seguir.

“Eu trabalho numa unidade de cuidados intensivos e eu tenho pacientes críticos, e eu sou atropelada pelo fazer do paciente crítico, tipo assistência técnica, complexa, especializada. O que também não deixa de ser importante, mas no momento em que me sobra tempo, eu tenho a oportunidade de me atentar e de remeter a minha responsabilidade como cuidadora de ir lá checar isso com o pai e de tentar fazer com que o pai participe. E isso acontece na prática? Não.” (Pr2)

Pelo fato de trabalharem com pacientes críticos, Pr2 relatou que os profissionais acabam por responsabilizar-se pelo cuidado ao recém-nascido, reduzindo ou, em alguns casos, anulando as possibilidades de participação dos pais no ato de cuidar de seus filhos.

“Nós temos um perfil de paciente crítico. Então nós já nos apossamos do cuidado e pensamos que cuidado algum possa ser delegado pro pai participar. A gente só delega pra ele a condição de dar carinho, afeto, atenção... é um Canguru, em poucas situações, e acabou. Então, todos os outros cuidados quem faz, quem mantém o cuidado é o profissional de saúde.”
(Pr2)

Alguns profissionais entrevistados relataram que a alta do recém-nascido da UTIN representa a possibilidade de os pais terem maior envolvimento no cuidado, de estarem mais próximos de seus filhos nos setores para os quais serão transferidos. Para Pr3, nesse momento, é como se

“[...] o recém-nascido deixasse de ser filho da equipe e passasse a ser filho deles de novo”.

O enunciado revelou que a especificidade do cuidado ao recém-nascido que demanda assistência intensiva em saúde requer, frequentemente, alto nível de capacitação técnica daqueles que prestam a assistência, dada a necessidade de realização de cuidados complexos, sustentados em aparatos tecnológicos bastante específicos. Sendo assim, os profissionais de saúde, por serem os cuidadores tecnicamente capacitados para o desenvolvimento de tais atividades, acabam por assumir os cuidados e, conseqüentemente, por limitar a participação dos pais.

A análise dos dados indicou que, apesar das barreiras impostas pela complexidade da demanda assistencial na UTIN, faz-se necessário adotar práticas favorecedoras da autonomia dos pais para o cuidado ao recém-nascido, potencializando-os como cuidadores e oferecendo ferramentas que lhes possibilitem maior participação na tomada de decisões sobre a saúde dos filhos.

Lupton e Fenwich (2001), em estudo realizado com mães australianas, verificaram que, em alguns casos, os profissionais da enfermagem foram citados pelas mães participantes do estudo, por limitar inapropriadamente o contato dos pais com seus filhos. Os autores identificaram que as mães de crianças internadas na UTIN viam esses profissionais como “barreiras” entre elas e seus bebês. Nesse estudo, as mães relataram que era necessário “ganhar a permissão” do enfermeiro para

interagir com os filhos. Além disso, as mães manifestaram se sentir constantemente supervisionadas, o que provocava sentimentos de ressentimento e frustração.

Cleveland (2008), em estudo de revisão sistemática de literaturas publicadas entre 1998 e 2008 sobre a presença dos pais na UTIN, ressalta que a “luta pelo poder” entre mães e profissionais da enfermagem foi um achado frequente. Afirma que, nos estudos identificados e analisados, os profissionais da enfermagem foram citados, em algumas situações, por realizar práticas limitadoras da participação da mãe, que incluíam a proteção do recém-nascido. Para a autora, essa abordagem faz com que a enfermagem mantenha seu papel de “perito”, muitas vezes, alienando a mãe e construindo obstáculos a sua participação no cuidado. A autora reforça que, mesmo que esses obstáculos não sejam intencionais, suas consequências podem ser profundas.

Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Griffin e Abraham (2006). Esse estudo objetivou analisar práticas comuns na UTIN e oferecer estratégias para ajudar os enfermeiros a deslocar o tradicional processo de alta, centrado nos profissionais, para um processo centrado na família. O estudo identificou que a participação dos pais no cuidado pode ser limitada, entre outros fatores, pelo fato de os enfermeiros apresentarem dificuldade em compartilhar o cuidado, visto que sua identidade profissional e sua satisfação no trabalho estão ligadas à capacidade de prover os cuidados ao recém-nascido. Para as autoras, os enfermeiros também podem ser relutantes ao compartilhamento do cuidado por se sentirem os responsáveis legais pela realização do cuidado ao neonato.

Analisa-se que, quando se pretende garantir a continuidade do cuidado nas etapas posteriores à internação na UTIN e assegurar uma assistência pautada em práticas integralizadoras da assistência, é imprescindível o envolvimento dos pais nesse processo.

Segundo Mills, Sims e Jacob (2006), o planejamento da alta do recém-nascido da UTIN, pautado nos princípios da integralidade, pode ter efeitos positivos nas famílias, não só na transição da UTIN para outros Serviços da rede de cuidados,

como na alta da família para casa. Para esses autores, uma alta da UTIN mal planejada pode resultar em famílias despreparadas para o cuidado no domicílio.

Para Rabelo *et al* (2007), um planejamento eficaz da alta deve atentar para as necessidades individualizadas da família e do recém-nascido, além de ter objetivos claramente definidos de maneira fácil e simples. Para as autoras, a alta, quando bem planejada, assegura a continuidade dos cuidados do hospital dentro do lar.

Apesar de a literatura enfatizar a importância da participação dos pais no cuidado para o processo de alta do recém-nascido, muitos profissionais entrevistados relataram que, aos pais, é delegada somente a responsabilidade de acompanhar e dar carinho ao filho, mas não é potencializado seu papel primordial de cuidador. Essa situação também pode ser identificada na observação a seguir.

“Início a observação no momento em que a mãe do recém-nascido do leito 8 chega à Unidade para visitar o filho. Ela entra na UTIN, guarda a bolsa no armário, lava as mãos e se dirige ao leito do filho. Observo que ela não se comunica com os profissionais no momento em que chega à Unidade. A mãe se posiciona ao lado da incubadora, dobra parte da manta que a cobre e olha para o recém-nascido. Depois, permanece algum tempo olhando em volta, observando o ambiente e os profissionais, mas não conversa com eles. Os profissionais, por sua vez, permanecem realizando suas atividades da mesma maneira como antes dela chegar. A mãe somente observa, mas não toca o filho [...]” (DIÁRIO DE CAMPO, 02/06/2009, p. 8).

O discurso da maioria dos pais entrevistados reafirmou a situação observada, ao relatarem que, durante o período em que estão na Unidade acompanhando os filhos, geralmente permanecem ao lado do leito, observando o neonato, dando carinho, tocando, conversando com eles. Entretanto, os pais relataram pouca ou nenhuma participação nas situações de cuidados básicos ao filho, como troca de fraldas, banhos e administração de dietas.

Em seu relato, P9 informou que, desde que o filho foi transferido de um município do interior de Minas Gerais para Belo Horizonte, ela o acompanha todos os dias na UTI, mas que não gosta de ficar o tempo todo dentro do setor. Informou que, durante os

momentos em que o recém-nascido está sendo manipulado pelos profissionais, prefere não presenciar. Segundo ela, durante o tempo em que fica na Unidade, conversa com o filho, brinca com ele, mesmo o neonato estando sedado e não percebendo sua presença.

Em seu relato, P10 afirmou que não participa das atividades diárias de cuidados, mas que, durante o tempo em que permanece na Unidade, gosta de ficar conversando com a filha, tocando-a, brincando com ela.

Assume-se, neste estudo, que a presença dos pais na Unidade, interagindo com o recém-nascido e a equipe, pode representar, por si só, um tipo de cuidado, que é primordialmente baseado nas tecnologias leves. Contudo, considera-se que a capacitação dos pais para a alta do recém-nascido é favorecida com a sua participação nas atividades diárias de cuidado, como banho, oferecimento de dieta e troca de fralda e com a orientação e acompanhamento para lidar com as tecnologias de suporte no domicílio, quando necessário.

A partir dos relatos de P9 e P10, verificou-se que somente a possibilidade de permanecerem na Unidade, acompanhando os filhos, não garante, aos pais, sua participação nos cuidados diários com o recém-nascido. A análise dos dados permitiu identificar que diversas situações podem representar barreiras para a participação dos pais no cuidado, como, por exemplo, a falta de incentivo e apoio dos profissionais e o desconhecimento em relação às condições de saúde do filho e ao aparato tecnológico da UTIN.

Em relação à falta de incentivo e acompanhamento dos profissionais para sua participação no cuidado, os pais relataram que não foram incentivados ou orientados pela equipe sobre a possibilidade dessa participação. Essa afirmação está presente na fala de P6, ao relatar que, quando chega à Unidade e tem algum profissional trocando a fralda de sua filha, ela fica apenas observando porque os profissionais não perguntam se ela quer participar.

A necessidade de inclusão dos pais no cuidado ao recém-nascido e na tomada de

decisões é discutida em diversos estudos, como os de Arockiasamy, Holsti e Abershein (2008), Gaal *et al* (2008), Sims *et al* (2006) e Rabelo *et al* (2007). A comunicação efetiva com os pais, esclarecendo dúvidas, orientando e oferecendo informações é vista, por esses autores, como favorecedora da incorporação dos mesmos ao processo de cuidado e de tomada de decisões sobre a assistência oferecida aos filhos na UTIN e sobre o planejamento da alta de seus bebês.

Outra barreira à participação dos pais no cuidado, identificada a partir da análise dos dados, diz respeito à dificuldade que os pais manifestaram em lidar com os aparatos tecnológicos utilizados na UITN que são, muitas vezes, por eles desconhecidos, conforme disposto na situação observada.

“Nesse momento, observo que a técnica de enfermagem se prepara para realizar a troca de fralda do recém-nascido do leito 6. A mãe está ao lado do leito observando o procedimento. Vejo que a técnica de enfermagem pergunta à mãe se ela já havia trocado a fralda e se sabia fazê-lo. A mãe responde que não, que ainda não tinha tido coragem. A técnica de enfermagem pergunta à mãe se ela gostaria de fazê-lo. Ela responde que sim. [...] A mãe inicia a troca da fralda. Observo que suas mãos estão trêmulas. Enquanto realiza o cuidado, ela conversa com o bebê, diz que está muito desajeitada e que 'parece que nunca cuidou de uma criança'." [...] Quando termina o procedimento, a técnica de enfermagem pergunta à mãe como foi. A mãe diz que foi tudo bem, mas que ficou com medo de 'tirar alguma coisa do lugar'. A técnica de enfermagem posiciona o recém-nascido no leito e sai. A mãe se senta em uma cadeira próxima ao leito e permanece observando o bebê.” (DIÁRIO DE CAMPO, 06/05/2009, p. 4).

Os pais relataram sentir medo e insegurança em manipular o recém-nascido devido a sua fragilidade e ao desconhecimento do aparato tecnológico utilizado pelo neonato. Em seus enunciados, os pais disseram ter medo de, ao tocar ou realizar um cuidado, atrapalhar algum equipamento em uso pelo recém-nascido. Essa situação foi evidenciada no discurso de P7, mãe de uma criança internada há 41 dias na Unidade, que diz:

“[...] tenho medo de machucar ele quando elas pedem pra gente segurar, por ele ser tão magrinho. [...] Pra carregar eu

ainda fico 'assim', porque ele é tão pequenino, tão magrinho, que a gente põe no colo e ele some”.

No relato de P4, reaparece essa informação:

“[...] eu fico com medo de atrapalhar, tirar alguma coisa do lugar, de prejudicar ela mesmo. Aqueles aparelhos dela, alguma coisa. E ela é tão pequenininha que sobra pouca parte que a gente pode tocar. Então é complicado”.

O relato de P9 também confirmou esse achado, ao dizer que, apesar de sentir vontade de participar de algum cuidado com o filho, prefere não fazê-lo por se sentir nervosa ao ver o grande número de equipamentos que dão suporte ao recém-nascido.

Depreendeu-se dos relatos de P7, P4 e P9 que a separação mãe-filho provocada pela internação do recém-nascido na UTIN é um evento potencialmente estressante para essas mães, que vivenciam a contradição entre a necessidade de se sentirem e de serem reconhecidas como co-responsáveis pelo cuidado e manutenção do bem-estar de seus filhos; e os limites impostos pela insegurança em manipular e cuidar de uma criança frágil e debilitada.

De acordo com Griffin e Abrahan (2006), a separação entre pais e recém-nascidos, durante a internação na UTIN, altera o papel natural dos pais no cuidado com seus filhos e essa falta de participação no cuidado e na tomada de decisão quanto à assistência prestada aos seus bebês é estressante para eles.

Além da insegurança frente à fragilidade dos filhos, o desconhecimento em relação à situação clínica do recém-nascido foi citado como um limitador da participação dos pais no cuidado. O relato de P4, mãe de um recém-nascido prematuro extremo, internado há 28 dias na Unidade, exemplifica essa situação, ao dizer que, somente há uma semana começou a tocar a filha, porque

“[...] só agora é que a médica falou que estava tudo bem com ela”.

Grande parte dos pais entrevistados relatou, ainda, que o desconhecimento sobre as rotinas do setor e sobre seus direitos e possibilidades, como pais e acompanhantes do recém-nascido, também são fatores que limitam sua participação no cuidado.

A esse respeito, P10 expressou não saber se ele pode perguntar aos técnicos de enfermagem do setor sobre suas dúvidas em relação aos aparelhos e aos medicamentos utilizados no tratamento da filha, que está há uma semana na UTIN se recuperando de uma cirurgia para correção de gastrosquise. Em seu relato, esse pai diz:

“[...] às vezes, eu fico assim pensando qual que é o comportamento que eu devo ter, sabe? [...] Porque eu não sei se eu posso conversar com elas. Eu posso? Porque eu fico perguntando o que é que são as coisas, sabe? Eu pergunto se está tudo funcionando [...]. Aí tem umas que não respondem nada, outras respondem [...]. Mas eu não sei o que eu tenho que fazer, como eu tenho que comportar pra não incomodar o trabalho delas, né, se eu posso ficar perguntando e tudo... Eu posso perguntar?”. (P10)

O estudo de Cleveland (2008) discute achado semelhante, o qual evidenciou que os pais apresentam a necessidade de serem reconhecidos positivamente pela equipe, em especial, pela equipe de enfermagem. Seu estudo revelou que as mães de recém-nascidos internados em UTIN demonstram medo de serem vistas como “difíceis” e de, ao exprimirem suas opiniões, aumentarem a vulnerabilidade do recém-nascido, cujos cuidados estão, em sua maioria, a cargo desses profissionais.

A análise dos dados permitiu verificar que os pais reconhecem, também, as barreiras impostas pelas condições clínicas do recém-nascido, nas quais a manipulação excessiva ou incorreta pode gerar agravamento clínico e sofrimento desnecessário ao filho. A esse respeito, P7 disse que, somente após quarenta dias de internação do filho na Unidade, começou a carregá-lo, visto que antes o filho estava entubado e apresentava quedas de saturação quando manipulado. Ela completa dizendo que, nesses períodos de maior instabilidade do filho, as manipulações necessitavam ser rápidas e objetivas, ficando somente a cargo dos profissionais.

Ainda que não esteja suficientemente incorporado à prática dos profissionais e ao cotidiano dos pais na Unidade, alguns profissionais ressaltaram a necessidade de preparo precoce dos pais para a alta hospitalar do recém-nascido, o que poderia ter início ainda durante o período de internação na UTIN, mesmo que os recém-nascidos passem por outras unidades de internação antes de receberem alta para casa. Essa prática é apontada, pelos profissionais, como uma forma de potencializar os pais como cuidadores, aproveitando o tempo de internação do neonato na UTIN, que pode ser mais longo que o tempo de internação nos demais setores.

“Então esse pai vai para outra Unidade, aí lá se começa a pensar no preparo pra alta, muitas vezes, né. Aqui não se prepara. Uma criança que ficou internada aqui três meses, vai para outro setor e em uma semana esse pai vai conseguir ter segurança suficiente para poder cuidar? Não. Não que ele não seja capaz. Mas o intervalo de tempo é pequeno. Então, não é esperar o momento da alta pra preocupar com o que ele vai precisar pra levar esse bebê pra casa. Não é esse o momento.”
(Pr2)

Diversos estudos, como os do CEFEN (2006), Mills, Sims e Jacob (2006), Griffin e Abraham, (2006) e Gaal *et al* (2008) indicam que o planejamento da alta deve ter início logo à admissão ou assim que as possibilidades de sobrevivência do recém-nascido forem estimadas.

Considera-se que a inclusão dos pais no cuidado durante a internação na UTIN pode contribuir para o sucesso do planejamento da alta. A esse respeito, a Academia Americana de Pediatria recomenda a participação dos pais no cuidado, na medida do possível, desde o início da internação. De acordo com as recomendações da AAP, a inclusão dos pais no cuidado tem efeito positivo em sua auto-confiança para lidar com o bebê e em sua disponibilidade para assumir a responsabilidade total sobre os cuidados com o neonato após a alta hospitalar. (AAP, 2008).

Acerca das implicações do envolvimento dos pais no cuidado no preparo para a alta do recém-nascido da UTIN, Griffin e Abraham (2006) sustentam que, quando o planejamento da alta tem como foco as necessidades de aprendizado dos pais para o período pós-alta, os mesmos devem ser incluídos no cuidado desde o início da

hospitalização. Além disso, a confiança e a habilidade dos pais para o cuidado devem ser reforçadas ao longo da internação do recém-nascido, com orientações e oportunidades para participarem das atividades de cuidado que escolherem.

Segundo essas autoras, os benefícios dessa participação incluem: redução do estresse e do sentimento de incapacidade; aumento da confiança, da habilidade e dos conhecimentos sobre o estado clínico da criança e facilitação da transição para as demais etapas do tratamento e para casa, contribuindo para a continuidade do cuidado.

Pr2 relatou perceber melhorias em relação à presença dos pais na Unidade e ao vínculo com o recém-nascido, quando eles são incentivados a participar do cuidado.

“A pouca experiência que eu tive nesses casos, assim, um ou dois, no máximo, que a gente conseguiu, que eu acompanhei esse banho, a realização do pai nesse sentido de ser responsável pelo próprio filho, capaz de cuidar do próprio filho, foi imediata. Até a presença desse pai mudou... é um pai que veio com mais frequência. Que passou a vir com mais frequência.” (Pr2)

Entretanto, Pr2 apontou que a equipe tem dificuldades para desenvolver a função de orientar e de acompanhar os pais nas atividades de cuidado, seja nos cuidados básicos, como troca de fralda, banho; seja nos cuidados com tecnologias das quais os recém-nascidos serão, temporária ou permanentemente dependentes, como nos casos de recém-nascidos traqueostomizados ou em uso de gastrostomia.

“Eu acompanhei, durante esses dois anos que eu estou aqui, apenas duas crianças que os pais começaram a ser treinados a manusear uma sonda de aspiração, a observar numa criança os sinais de obstrução de cânula. E quando foi feita essa experiência eu me deparei com uma situação de que a equipe não está preparada pra fazer esse tipo de acompanhamento, de preparar os pais. Ela sabe a técnica, ela faz a técnica de forma adequada, mas como educador em saúde ele não está preparado.” (Pr2)

A dificuldade da equipe em lidar com os pais/familiares também foi identificada no

estudo de Martinez, Fonseca e Scochi (2007) que revelou a falta de preparo da equipe para lidar com a mãe e a família na UTIN. Segundo as autoras, um dos motivos desse despreparo diz respeito à formação dos profissionais que, no geral, está centrada na fisiopatologia.

Para Motta (1998), os profissionais podem se sentir despreparados para manter um bom relacionamento com as famílias porque lhes faltam conhecimentos que dêem suporte para trabalhar com a dor e o sofrimento do outro e para estabelecer processos efetivos de comunicação. A autora afirma que as mães vivem constantemente com medo de perguntar ou mesmo expor suas idéias e, desse modo, as relações entre mães e equipe de enfermagem são muito frágeis.

Frente a essa dificuldade, Martinez, Fonseca e Scochi (2007) advogam a necessidade de se implantar a educação permanente da equipe neonatal, incluindo também conteúdos sobre o cuidado centrado no desenvolvimento, apego e vínculo afetivo mãe-filho e família, no relacionamento interpessoal, acolhimento da clientela e uso de técnicas educativas para otimizar o treinamento da mãe e da família com vistas ao cuidado domiciliar. Para as autoras, há a necessidade, ainda, de se ampliar a compreensão da preparação para a alta do neonato, com vistas ao seguimento de seu crescimento e de seu desenvolvimento adequado e saudável, em um processo de educação participativa na saúde.

5.2.2 Como os pais podem aprender a cuidar dos filhos durante a internação na UTIN

Nessa sub-categoria construiu-se uma análise de situações observadas e relatadas pelos entrevistados que podem favorecer o aprendizado dos pais, durante o período de internação na UTIN, para o cuidado com os recém-nascidos.

A maioria dos pais entrevistados relatou que não receberam nenhum tipo de orientação ou capacitação direcionada à alta do recém-nascido da UTIN durante o tempo em que acompanharam os filhos na Unidade. Alguns apontaram que não

conversaram sobre o assunto com os profissionais, mas que acreditam que, até o dia da alta, serão informados de como a mesma se dará.

Por outro lado, há relatos de pais apontando que, para eles, os períodos em que estão na Unidade com os filhos podem representar uma possibilidade de aprendizagem sobre os cuidados para com eles.

Os participantes P5 e P6 relataram que o fato de observarem como os profissionais prestam a assistência, durante sua permanência na Unidade, já representa uma possibilidade de aprendizado em relação aos cuidados com os filhos.

“Acho que eles ensinam os pais o tempo todo. Porque na hora que você está lá que alguém está trocando e você vê, você está aprendendo junto com eles. Então, cada dia que os pais estão lá, na hora de trocar, na hora de cuidar do neném, os pais estão aprendendo a cuidar do filho e eles estão ensinando. Sem saber que eles que estão ensinando, eles estão passando tudo pra gente [...]. Eles estão passando o modo de cuidar deles, ser delicado com o bebê, o jeito de pegar o menino, então isso é muito importante. E por ali, pouco a pouco, eu estou aprendendo as coisas junto com eles.” (P5)

Acerca de sua presença na UTIN, P6 informou que, geralmente, permanece na Unidade de 10 às 16 horas, saindo apenas para almoçar e nos horários estipulados para fazer ordenha no Banco de Leite. Disse que, durante sua permanência na UTIN, fica ao lado do filho, observando-o. P6 relatou que acompanha todos os cuidados dispensados ao filho, como as trocas de fraldas e a administração de medicações e que, no momento em que as atividades de cuidado são desenvolvidas, os profissionais explicam para ela o que está sendo feito.

Esse relato foi reafirmado pela situação observada na qual a mãe de um recém-nascido internado há cerca de um mês na UTIN, aparenta boa relação e intimidade com os profissionais e com o ambiente da UTIN.

“Observo a mãe do recém-nascido do leito 5. Ela entra na Unidade, cumprimenta a técnica de enfermagem que estava no leito de seu filho, descobre a incubadora e olha para ele.

A mãe pergunta quanto o recém-nascido pesou e quanto mediu. A mãe me parece bem familiarizada com o ambiente e o fato dela ter perguntado o peso e estatura da criança demonstra certo conhecimento das rotinas do setor, porque hoje foi dia de pesar, dar banho e medir as crianças, o que acontece duas vezes por semana, em dias fixos [...]. A técnica de enfermagem está preparando para administrar a dieta, que está sendo dada em bomba de infusão e pede à mãe que segure o frasco da dieta enquanto ela prepara o equipo. A mãe o faz. Por seu comportamento e diálogo com o profissional a mãe me parece à vontade e demonstra habilidade no manuseio do neonato e dos materiais utilizados para administrar a dieta.” (DIÁRIO DE CAMPO (02/06/2009, p. 9).

A narrativa de P5 reforçou a situação observada, ao reafirmar a importância de estar presente diariamente na Unidade, ao lado do filho, não apenas dando-lhe carinho, como acompanhando a evolução de seu tratamento. Essa afirmação é evidenciada quando diz:

“[...] a cada dia que eu fico aqui, que eu venho, que eu fico junto com meu filho, cada dia que ele amamenta, que eu tiro o leite pra dar a ele e ele está fortalecendo é uma etapa que nós estamos vencendo juntos. Toda semana, cada dia é uma etapa que estou vencendo com ele e isso é muito bom”. (P5)

O estudo de Cleveland (2008) encontrou resultados semelhantes que evidenciaram que os pais consideram importante estar próximo aos filhos e ter contato físico com eles. Prover o leite materno para a alimentação do recém-nascido foi apontado pelas mães do estudo como uma forma de contato, de aproximá-las do filho, sendo referida como “a única coisa que poderiam fazer por seus bebês durante a internação na UTIN”. (CLEVELAND, 2008, p. 672).

Rabelo *et al* (2007), em estudo sobre os sentimentos e expectativas de mães de prematuros no momento da alta da UTIN, identificaram que o fato de terem estado presentes nos momentos em que seus bebês foram cuidados, seja na hora do banho, da troca de fraldas ou da alimentação, ressoou, para as mães, como ocasiões de aprendizagem.

Ainda de acordo com Rabelo *et al.* (2007), a atenção dispensada à mãe deve ser operacionalizada durante a realização de cuidados diários com o neonato, no acalanto necessário no momento do choro, no incentivo ao ato de tocar e acariciar o filho, na assistência dispensada na ordenha do leite materno, quando o filho não tem condições de ser amamentado ao seio. São instantes que, se vivenciados com presteza, compreensão e diálogo, permitirão que as mães sejam agentes multiplicadores para os membros de sua própria família, além de contribuir para a aquisição de maior segurança em situações de fragilidade emocional.

Na análise dos dados, emergiram contradições dos relatos dos pais acerca de sua presença na Unidade e de sua participação no cuidado. Por um lado, identificou-se que a presença dos pais na Unidade e a observação de como os cuidados são realizados pelos profissionais já são vistas como formas de aprendizagem; por outro lado, verificaram-se relatos de pais que sugerem que apenas o fato de estarem na Unidade não faz com que se sintam capacitados em relação à alta do recém-nascido da UTIN.

As divergências encontradas nas narrativas desses pais permitiram compreender a necessidade de que a atenção dirigida aos pais durante a internação dos filhos e seu preparo para a alta dos neonatos sejam individualizados, de maneira a responder às especificidades de cada família. Entretanto, apesar da necessidade de assistência individualizada parecer clara, estudos como o de Cleveland (2008) indicam que essa necessidade não tem sido contemplada nas UTIN's. A autora discute, inclusive, a necessidade de que pais e mães tenham tratamento diferenciado pelos profissionais de saúde, visto que suas necessidades de informação sobre as condições clínicas do recém-nascido, suas ansiedades e necessidades de suporte emocional são diferentes.

Os pais entrevistados relataram a existência de outras situações que podem contribuir para o aprendizado em relação aos cuidados com o filho, além daquelas vivenciadas dentro da UTIN, como: as reuniões semanais entre os pais e a equipe multiprofissional da UNCP e UTIN, o convívio com outras mães e as vivências durante o período em que permaneceram internadas na enfermaria da maternidade.

“Outro dia na reunião que a fisioterapeuta falou aquela parte de como pegar no bebê pra ele sentir, que tem que ter firmeza, eu me vi direitinho fazendo [...] Antes eu ficava com medo de pegar nele e machucar, mas depois que eu comecei a pegar nele firme, ele começou a abrir os olhinhos, ele sentiu o contato.” (P5)

O convívio com mães de recém-nascidos internados na UTIN e com as que já passaram por essa experiência e agora estão acompanhando os filhos em outras Unidades do hospital, como na UNCP e na enfermaria Canguru, foi citado, pelas mães, como facilitador de seu preparo para o cuidado com os filhos. De acordo com os relatos, essa convivência acontece em diferentes espaços como nos corredores, no jardim do hospital e no banco de leite, conforme presente nos recortes a seguir.

“No berçário eles pesam três vezes por semana, que eu escutei as meninas falarem lá no banco de leite [...]. Eu conversei com as outras mães. Uma vai contando pra outra e vai melhorando, assim, a informação.” (P7)

“Eu sento aqui fora e fico vendo a experiência das outras mães. Então, pra mim, cada vez que eu estou aqui, além de estar com meu filho, passando o amor que sinto por ele pra ele, estou também procurando saber como que faz. Isso pra mim é muito bom.” (P5)

As mães que tiveram o parto no hospital cenário deste estudo apontaram que, o período em que permaneceram internadas no alojamento conjunto da maternidade, mesmo o filho estando na UTIN, contribuiu para a aprendizagem sobre cuidados básicos com o recém-nascido, como banho e amamentação. Segundo elas, o fato de observarem a maneira como os profissionais daquele setor realizavam os cuidados aos recém-nascidos e orientavam as outras mães, representa um aprendizado que facilita o seu preparo para cuidar do recém-nascido em casa ou mesmo para participar dos cuidados durante a internação.

“Às vezes as enfermeiras é que conversam né. Nesse quarto aqui não, mas quando eu estava no outro quarto, que tinha mães com neném, aí as enfermeiras que iam ajudar as outras mães falavam, explicavam como que faz pra dar banho, como que cura o umbigo.” (P3)

“No CTI eu não falo, mas na maternidade a gente aprende [...] O modo de trocar o bebê, de dar banho. Porque lá as enfermeiras explicam tudo: ‘Ah, mãe, não pode amamentar o filho do outro’ [...] O modo de cuidar, o jeito de dar banho no bebê, eles ensinam tudo... lá eles ensinam muita coisa sobre o cuidado com o seu filho.” (P5)

Rabelo *et al.* (2007) analisam que o tempo de permanência da mãe na Unidade é um momento no qual ela pode participar das atividades de cuidado, desenvolvendo suas habilidades e diminuindo as dúvidas por ocasião da alta. O preparo das mães deve ocorrer durante toda a internação, na tentativa de reduzir ansiedades que possam dificultar a adaptação da família à presença do bebê.

Diante disso, ressalta-se a importância de aproveitar os momentos de presença dos pais, nos diversos espaços que não somente a Unidade, para fortalecer seus conhecimentos sobre as rotinas do hospital, sobre as condições clínicas dos filhos e sobre os cuidados para com eles, favorecendo sua participação durante o período de internação e fortalecendo suas habilidades como cuidadores.

5.2.3 Implicações das orientações aos pais para a alta do recém-nascido da UTIN

Essa subcategoria emergiu a partir da análise dos relatos de pais e profissionais sobre as informações e orientações que são repassadas aos pais pelos profissionais da UTIN e as repercussões dessas informações no preparo para a alta da UTIN.

Todos os pais entrevistados relataram que consideram importante receber notícias dos filhos diariamente e que isso traz segurança para eles.

A passagem de notícias por telefone, para os pais que não podem comparecer à UTIN, foi citada como um ponto positivo, assegurando o direito dos pais de receberem notícias dos filhos, mesmo diante da impossibilidade de irem à Unidade.

“Quando a gente liga, o dia que eu não posso vir, a médica

conversa com a gente por telefone e isso é importante, né. Às vezes a gente está em casa com algum problema, saber que está garantido a gente saber notícias é muito importante pra nós.” (P8)

Os médicos foram apontados como os profissionais de referência para a obtenção de notícias, tanto pelos pais, quanto pelos profissionais entrevistados, conforme presente nos enunciados a seguir:

“E aí eles vão falando o que está acontecendo, como que ele está, o que vai fazer depois, tudo eles falam, a médica fala comigo. É tanto que eu nem pergunto mais pra enfermeira. Aí eu pego e pergunto direto pra médica já. Aí ela me fala e eu passo pra minha família que está lá esperando, que liga querendo saber notícias.” (P9)

“Somente o médico é a figura de referência do pai para saber o que está acontecendo com o bebê. O médico detém o poder de dizer se ele melhorou ou se não melhorou.” (Pr2)

Em estudo sobre os significados atribuídos pela equipe de saúde acerca da participação da mãe/pai no cuidado ao filho prematuro hospitalizado, Martinez, Fonseca e Scochi (2007) estruturam uma discussão sobre a divisão técnica do trabalho em um hospital público de San Luis Potosí, México. Para as autoras,

[...] quando o médico informa à mãe/pai sobre a condição do filho, o diagnóstico, o tratamento e a evolução clínica, é porque tem assumido o controle do processo de trabalho na unidade neonatal como um todo. No trabalho de enfermagem, a enfermeira coordena, orienta e supervisiona a equipe de enfermagem, e outros funcionários, assim como controla a organização do ambiente. (MARTINEZ; FONSECA; SCOCHI, 2007, p.244).

Essa divisão técnica do trabalho também apareceu no estudo de Rabelo *et al* (2007) que identificou que o enfermeiro e o assistente social são os profissionais responsáveis pela preparação da alta e os médicos são os responsáveis por prover informações sobre as condições e as necessidades de saúde do recém-nascido.

Os participantes P7 e P8 relataram que o fato de os médicos darem notícias com clareza, reforça a confiança dos pais em relação à condução do tratamento dos filhos. Essas mães reafirmaram a importância de serem informadas não somente a

respeito dos progressos do recém-nascido, como também de suas recaídas.

“As médicas chegam, perguntam se a gente já recebeu notícias e falam. Não escondem nada. Elas falam tudo mesmo: ‘Olha hoje ele está pior, hoje ele está melhor, ele está tomando tal medicamento’.” (P7)

“Então hoje quando eu vou conversar com a médica eu falo: Não me esconde. Eu quero estar sabendo de tudo, se for ruim me conta logo, se for bom me conta também.” (P8)

Entretanto, apesar de reconhecerem essa necessidade, alguns pais relataram que, quando vivenciaram a situação de receber notícias relacionadas ao agravamento do estado clínico do filho, enfrentaram dificuldade em assimilar a informação, devido, principalmente, à ansiedade e à preocupação inerentes àquele momento.

“Eu cheguei aqui no sábado e a médica me falou que eu quase perdi meu filho. Nossa, como é que pode [...] A médica falava comigo e eu não estava escutando. Ela perguntava: ‘Você está entendendo?’ Eu falava que sim, mas eu estava aérea, eu não estava acreditando que isso estava acontecendo comigo.” (P5)

A partir dos relatos dos pais, analisa-se a importância de prover informações consistentes e claras à família. Ressalta-se a necessidade de que a equipe desenvolva formas de comunicação com os pais que facilitem o entendimento das notícias. Oferecer suporte emocional nos momentos de agravamento das condições clínicas do neonato faz-se necessário, uma vez que, para os pais, receber a notícia de piora das condições de saúde do filho pode gerar ansiedades e angústias que não só trazem sofrimento como podem, até mesmo, comprometer o entendimento da situação relatada.

Cleveland (2008), ao discutir questões relacionadas às necessidades de pais de crianças internadas em UTIN, ressalta a necessidade expressa pelos pais de receberem informações acuradas e compreensíveis sobre a situação dos recém-nascidos. O estudo aponta, ainda, que os pais manifestaram sentir angústia quando recebiam informações imprecisas e incompletas relativas à condição de saúde de sua criança.

Fonseca *et al.* (2004), em estudo sobre o desenvolvimento de material didático-instrucional, dirigido ao treinamento materno para a alta hospitalar de recém-nascidos prematuros, também identificaram uma preocupação por parte das mães e da equipe de enfermagem em relação à falta de padronização das orientações e à ocorrência de informações contraditórias.

A análise dos dados permitiu identificar que as orientações dirigidas aos pais a respeito da possibilidade de alta dos neonatos da UTIN são informações pontuais, relacionadas, principalmente, às condições clínicas do recém-nascido, o que o leva a uma condição de não mais necessitar de cuidados intensivos.

Entretanto, alguns profissionais e pais entrevistados indicaram que somente essas informações não são suficientes para responder às expectativas e inseguranças dos pais em relação à alta de seus filhos da UTIN.

“Porque a gente pensa que as dúvidas serão somente quanto ao estado clínico da criança e não esclarece, no momento da alta, quais são as inseguranças de levar esse filho que teve um período de internação prolongado aqui na Unidade.” (Pr2)

Em relação às dúvidas referentes à alta de seus filhos da UTIN identificou-se, nos relatos dos pais, a necessidade de aprenderem sobre os cuidados básicos com o recém-nascido, como banho, amamentação, preparo de mamadeiras e identificar sinais de complicações à saúde como, por exemplo, a febre.

Os relatos de alguns profissionais reforçaram a necessidade de os pais serem orientados quanto a esses cuidados de rotina com os filhos. A esse respeito, Pr2 apontou que os pais manifestam essas dúvidas com grande frequência durante o período de internação na unidade.

“Eu acho que todo profissional que trabalha nessa Unidade ouve essa fala com muita frequência: ‘Nossa será que eu vou saber cuidar do meu bebê quando eu chegar em casa? Eu vejo vocês cuidando com tanta habilidade, trocando a fralda rápido, eu acho que eu não vou conseguir’ ou ‘Ah, eu tenho medo... depois que o bebê mama, eu tenho que esperar o bebe

arrostar? E se voltar um pouco de leite na boca do bebê, é normal, não é normal?'.” (Pr2)

A necessidade de orientar os pais em relação aos cuidados diários com o recém-nascido como troca de fraldas, alimentação e banho também foi identificada nos estudos de Fonseca *et al.* (2004) e Griffin e Abrahan (2006).

Para Rabelo *et al.* (2007) determinar o que os pais precisam saber para cuidar de seu bebê é um dos aspectos mais complexos que envolvem a alta hospitalar, pois não importa quão simples possa ser a situação do recém-nascido, eles sempre estarão ansiosos para receber atenção dos profissionais de saúde, “sedentos por uma comunicação efetiva, independentemente do meio escolhido”.

Além das dúvidas relacionadas aos cuidados básicos com o filho, os pais relataram ansiedade em relação aos cuidados direcionados aos recém-nascidos que dependerão, temporária ou permanentemente, de algum suporte tecnológico em casa ou que necessitarão de algum cuidado diferenciado quando receber alta hospitalar, como a necessidade de alimentação especial ou do uso de medicamentos, como expresso nas falas a seguir.

“Porque, assim, ele vai com aquela sonda e eu não sei mexer naquilo, na sonda. Aí eu fico preocupada. Porque falou que ele vai pra casa com ela. Vai levar ele pro berçário hoje. Aí eu fico preocupada porque quando ele for pra casa, eu não sei mexer com aquela sonda.” (P2)

“A minha preocupação maior é se ela vai ter que tomar algum remédio, se eu vou ter que comprar alguma coisa especial pra ela, quando ela sair [...] Se eu vou ter que dar alguma coisa, como é que vai continuar.” (P4)

A partir da análise dos dados identificou-se, também, que os pais manifestaram dúvidas relacionadas aos setores para os quais os recém-nascidos são transferidos após a alta da UTIN. Nesse sentido, os pais apontaram a necessidade de serem orientados sobre as rotinas do novo setor e sobre as possibilidades de contato com o filho.

“Eu queira saber como que eles fazem no berçário (UNCP), se eles deixam colocar ele no peito, porque no CTI eles tomam o leite no copinho... até eu queria saber se, pra onde ele vai, eles deixam o bebê pegar o peito da gente, se deixam a gente pegar no neném.” (P6)

Relatou Pr2 que, apesar de o recém-nascido receber alta em condições melhoradas de saúde, o período de hospitalização do filho gera insegurança para os pais que, se não forem informados quanto aos cuidados básicos e aos sinais e sintomas de perigo, ficam inseguros no cuidado ao neonato no domicílio e acabam por retornar ao hospital desnecessariamente.

“Mesmo tendo uma alta melhorada ficam sequelas do período de hospitalização pros pais. Então, qualquer espirro, se às vezes aqui não foi esclarecido o que é sinal, o que é sintoma, o que não é esperado encontrar numa criança e o que é esperado, num primeiro espirro essa mãe volta desorientada pra cá.” (Pr2)

Em relação às orientações direcionadas aos pais sobre a alta e os cuidados com o recém-nascido, Rabelo *et al.* (2007) ressaltam a importância de a equipe de saúde dispensar mais tempo ao acolhimento da mãe na UTIN, pois, na maioria das vezes, os profissionais se voltam para o suporte tecnológico ou repassam informações superficiais ou sintéticas, principalmente com relação ao diagnóstico e ao prognóstico do bebê.

A análise dos dados permitiu reconhecer que a passagem de notícias sobre a evolução clínica do recém-nascido e as demais orientações oferecidas aos pais devem servir de instrumentos para favorecer a autonomia dos pais e sua participação nos cuidados e nas tomadas de decisão sobre a saúde dos filhos.

5.3 Implicações da alta do recém-nascido para a continuidade do cuidado

Essa categoria emergiu da análise das entrevistas dos profissionais e aborda aspectos relacionados às implicações da alta do recém-nascido da UTIN para a continuidade do cuidado, seja nos setores hospitalares ou nos demais Serviços de

saúde que se responsabilizarão por dar seguimento ao cuidado dispensado durante a internação na UTI.

A análise dos dados permitiu verificar que, para os entrevistados, a alta do recém-nascido pode trazer implicações para a continuidade do cuidado que se associam tanto a fatores relativos à assistência prestada ao recém-nascido no cotidiano da internação, quanto a fatores relacionados ao planejamento da alta.

Verificou-se, em seus relatos, que os profissionais estabelecem uma relação entre a continuidade do cuidado no evento da alta da UTIN e a assistência oferecida no período de internação, conforme se vê a seguir.

“E o nosso trabalho aqui dentro é facilitar, né, usar a nossa técnica pra facilitar essa alta. Quando eu falo facilitar essa alta é o seguinte: fazer tudo sempre o mais certo possível pra não precisar dessa criança voltar pro setor.” (Pr4)

“Eu acho que talvez interfira se eu não conseguir, em alguma etapa dessa alta, se ela ficar ‘amarrada’, por exemplo, se tem algum exame pendente ou se não tem vaga disponível nos outros setores ou Serviços para a transferência. [...] precisaria de maior número de leitos para dar vazão ao número de pacientes que atendemos e maior disponibilidade de recursos para conseguir exames e medicamentos com maior agilidade. Se tem algum atraso no processo de alta, isso prejudica a alta. E essas situações atrapalham o bem-evoluir da criança, a continuidade da assistência.” (Pr6)

Depreendeu-se, dos relatos de Pr4 e Pr6, que a continuidade do cuidado é favorecida pela garantia de uma assistência segura e de qualidade, à medida que contribui para que os recém-nascidos não tenham recaídas após a transferência para outros setores. Além disso, a disponibilidade dos recursos necessários para que a assistência se realize, conforme citado por Pr6, é considerada um fator essencial para que a assistência tenha fluidez, ou seja, para que a continuidade do cuidado seja garantida apesar da insuficiência desses recursos.

Ressalta-se, no relato de Pr6, a centralidade conferida à disponibilidade de tecnologias em saúde, em especial as tecnologias duras e leve-duras, e à prevenção

de complicações, para que a continuidade da assistência se concretize.

De fato, o progresso dos aparatos tecnológicos e técnicos da assistência pode assegurar a sobrevivência de recém-nascidos de risco. Sabe-se, também, que a patologia de base, o tratamento neonatal e o tempo de internação podem ter como consequência um elevado risco para morbidades, conferindo especial importância ao acompanhamento desses neonatos, que deve ter início na UTIN e continuar após a alta da Unidade, seja nos setores de internação, seja nos outros Serviços de saúde. Para isso, faz-se necessária uma assistência atenta e competente, não somente com suporte técnico, mas com suporte social adequado. (VIEIRA; MELLO, 2009).

Outro aspecto abordado pelos profissionais em relação à continuidade do cuidado diz respeito ao fato de os recém-nascidos que recebem alta da UTIN serem transferidos para outros setores do hospital nos quais o número de pacientes é maior que a disponibilidade de profissionais.

Os entrevistados informaram que essa situação pode implicar em: menor possibilidade de contato e comunicação entre profissionais e pais; menor possibilidade de corresponder às especificidades das demandas de um recém-nascido/família que passaram pela experiência de internação em UTI e menor disponibilidade dos profissionais para manter o cuidado iniciado na UTIN, visto que a escala nesses setores de internação possui um número maior de pacientes por profissional.

“Então tem umas especialidades, cada paciente é um paciente, então tem características dele que não dá pra tratar ele diferenciado lá, com muitos pacientes pra olhar, não tem como você dar um tratamento diferenciado pra ele. Eu acho que então o que faz com que ele volte é isso.” (Pr4)

Discorreu Pr1 a esse respeito ao relatar que, nos setores para onde os recém-nascidos são transferidos após a alta da UTIN, a assistência prestada é

“[...] mais corrida” e os profissionais têm mais dificuldades para

conversar com os pais porque “são mais crianças para cada profissional olhar”. (Pr1).

A maneira como os pais são recebidos na UTIN e as relações estabelecidas entre eles e os profissionais também foi indicada, pelos entrevistados, como um fator que oferece implicações para a continuidade do cuidado.

“Traumas, dúvidas, angústias, inseguranças, que podem ter sido geradas no pai vão dificultar demais, vão tornar um fardo, muitas vezes, pra outra equipe que vai receber esse pai e esse bebê, porque esses pais podem não ter mais um referencial, eles podem desacreditar no profissional, e aí nenhum outro profissional conseguir realmente passar segurança como cuidador pra esses pais. Então esse pai pode abandonar esse aspecto da relação na hospitalização e do cuidado com o próprio bebê.” (Pr2)

No relato de Pr2, ficou evidenciado que, quando a relação pais-profissionais não é bem conduzida durante a internação na UTIN e não se reveste de confiança, as dúvidas e ansiedades vivenciadas pelos pais durante a internação na UTIN podem comprometer a continuidade do cuidado ao recém-nascido após a alta.

Verificou-se, no relato de Pr2, que a justificativa para essa afirmação é a possibilidade de que, uma internação mal conduzida na UTIN gere, nos pais, a perda da confiança nos profissionais e em si mesmos como cuidadores. Para o entrevistado, essa perda da confiança dos pais na capacidade dos profissionais e de si mesmos de cuidar do filho pode se tornar um complicador ou, como disse Pr2, “*um fardo*” para a equipe que os receberá no setor para onde os filhos forem transferidos.

No que se refere às implicações do planejamento da alta para a continuidade do cuidado, alguns profissionais relataram que a mesma depende de uma alta planejada e realizada de maneira segura para o recém-nascido, sendo a transferência para os setores de cuidados intermediários efetivada somente quando o neonato tiver condições reais de alta.

“É como se fosse assim, eu vou passar a bola, eu vou passar a

responsabilidade para outra equipe, então, antes de fazê-lo eu tenho que ter segurança de que realmente eu fiz o meu melhor, de que ele está saindo em condições seguras pro que aquele outro setor se dispõe pra continuar a melhoria.” (Pr2)

Muitos profissionais indicaram que a alta, quando realizada sem o planejamento adequado, pode contribuir para uma piora do quadro clínico do neonato no setor para o qual for transferido, fazendo com que retorne à UTIN.

“Se eu encaminho uma alta que, como equipe, como profissional, eu não estou seguro de que essa alta está sendo feita no momento adequado, de que o bebê tem condições seguras de receber alta pra outra Unidade, eu acredito que eu possa ter falhas e essa criança retornar. Quando efetivamente está claro pra equipe e por toda avaliação conjunta que essa criança está de alta, dificilmente ela retorna ou então vai regressar numa situação bem distante do período que ela teve internada aqui. E aqui é aquela questão: são poucas vagas, ambiente fechado, eu preciso pro paciente crítico, mas eu tenho paciente semi-crítico. Bom, entre o paciente crítico e o semi-crítico, eu dou a vaga pro crítico, mando o semi-crítico pra um setor em que ele ainda não tem condições de ir, porque ele ainda está em processo de adquirir condições para alta, aí depois ele retorna crítico.” (Pr2)

Complementando a informação fornecida por Pr2, Pr4 apontou que a reinternação de recém-nascidos que foram transferidos para outros setores do hospital é frequente. Segundo Pr4,

“[...] a incidência do bebê retornar pra UTI é muito grande”.

Ao pensar as questões envolvidas nos fluxos e contra-fluxos desses recém-nascidos no interior do hospital, como nos demais Serviços de saúde; na responsabilização conjunta dos diferentes profissionais e equipes em dar sequência ao cuidado e em suas determinações para a continuidade da assistência e para a integralidade das ações em saúde, faz-se necessário repensar a maneira como se estrutura o cuidado, abrindo espaço para discussões sobre as linhas de cuidado e as redes assistenciais.

Ao discutir a integralidade do cuidado como eixo para a gestão no hospital, Cecílio e

Merhy (2005, p. 205) levantam o seguinte questionamento:

[...] como construir a gestão de forma que a responsabilização pelo cuidado se desse em uma linha de produção do cuidado, contínua e que se transversaliza, atravessando, sem descontinuidade, vários lugares do hospital ou mesmo outros serviços de saúde?

No hospital, o cuidado depende, necessariamente, da conjugação do trabalho de vários profissionais, sendo o “somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital”. (CECÍLIO; MERHY, 2005, p.198).

Para esses autores, a possibilidade de articular as práticas dos diferentes trabalhadores nesse espaço requer experimentar “novos desenhos organizacionais”, no qual o hospital se configura como uma “estação” de uma intrincada rede de cuidados. Responder a esse questionamento requer, portanto, a criação e a consolidação de linhas que rompem os limites do hospital e se transversalizam por outros Serviços visando a integralidade da assistência e o cuidado de maneira contínua. (CECÍLIO; MERHY, 2005).

Para Cecílio e Merhy (2005), a “linha de cuidado” pensada de forma plena, atravessa inúmeros Serviços de saúde e o hospital aí representa um componente fundamental da integralidade do cuidado pensada de forma ampliada.

Franco e Magalhães Jr. (2007), ao discutir sobre a implantação de linhas de cuidado e suas implicações para a integralidade, asseguram a necessidade de mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo a atenção hospitalar, considerando que a integralidade da atenção à saúde deve ser vista sob o aspecto não apenas de organização dos recursos disponíveis, mas, especialmente, do fluxo do usuário para o acesso a esses recursos.

Propõe-se, para vencer os desafios de se ter uma assistência integral à saúde, a implementação de ações que transversalizam todo o sistema, articulando os

saberes, fluxos, rotinas, procedimentos e as práticas dos profissionais. (FRANCO; MAGALHÃES JR., 2007).

Dessa maneira, pode-se ver a produção do cuidado de forma sistêmica e integrada aos demais níveis assistenciais, contribuindo para que todos os recursos disponíveis estejam integrados por fluxos direcionados de forma singular, guiados pelas demandas do usuário. Esses fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência, objetivando a conformação de uma linha de produção do cuidado, que parte da rede básica, ou de qualquer outro ponto de entrada no sistema, para os diversos níveis assistenciais, ou seja, o cuidado estruturado em redes. (FRANCO; MAGALHÃES JR., 2007).

Para Mendes (2007, p. 97), o trabalho em redes é uma estratégia que cria vínculos de articulação e intercâmbio “entre instituições e/ou pessoas que decidem associar seus esforços, experiências e conhecimentos para o alcance de fins comuns à base da cooperação e da confiança e em busca de objetivos compartilhados”. Para o autor, as redes assistenciais favorecem a continuidade da atenção, a qualidade dos serviços, a equidade, a eficiência, a efetividade e a contenção de custos.

Em estudo de revisão de literatura sobre as redes de atenção à saúde, Mendes (2007) discute os fundamentos da construção das redes de atenção à saúde, considerando, entre outros aspectos, a continuidade da assistência e a atenção integrada. Para o autor, a continuidade da assistência deve enfatizar as experiências dos pacientes ao longo dos sistemas de saúde e de assistência social, contribuindo para o desenvolvimento da atenção integrada.

Ao trabalhar a atenção integrada, o autor assegura que esse é um termo geral que se refere não somente à perspectiva dos pacientes, mas, também, às implicações tecnológicas de gestão e econômicas da integração dos Serviços.

Para tornar possível a implementação da atenção integrada, por meio das redes assistenciais, Mendes (2007) afirma que é necessário superar inúmeras barreiras a sua implantação, entre elas, a fragmentação dos sistemas de saúde, caracterizados

por uma atenção descontínua, com forte polarização entre o hospital e o ambulatório, sob a hegemonia da atenção hospitalar, e pela ausência de uma coordenação dos pontos de atenção à saúde.

Analisa-se, portanto, que a estruturação do cuidado em “linhas de cuidado” que se apõem em pontos de atenção articulados de maneira a compor uma rede assistencial pode agregar avanços em direção ao cuidado pautado nos princípios da integralidade.

Outro aspecto abordado pelos entrevistados e que diz respeito às implicações do planejamento da alta para a continuidade do cuidado relaciona-se ao fato de alguns profissionais reconhecerem que o processo de alta requer uma preparação que permita potencializar os pais como cuidadores e possibilitar a continuidade do cuidado e da informação, conforme analisado no relato a seguir.

“Pra mim a alta requer uma preparação. Orientar, educar, potencializar como cuidador, independente do que o trouxe, pra evitar que ele regresse novamente, por outros motivos ou pelo mesmo motivo. Documentar isso e informar esses pais que faz parte da história deles o que aconteceu aqui. Que ele foi orientado e que por toda uma vida é importante voltar, remeter a isso de novo, informar os profissionais que forem dar seqüência.” (Pr2)

A análise do conteúdo do relato de Pr2 permitiu verificar que esse profissional considera a orientação dos pais como um passo importante para assegurar a continuidade do cuidado, o que pode evitar posteriores reinternações dos neonatos que receberam alta da UTIN, visto que serão os pais, muitas vezes, que se responsabilizarão pelos cuidados à criança no domicílio.

Acerca do planejamento da alta e de suas implicações para a continuidade da assistência, Ganzella e Zago (2008) asseguram que representa uma estratégia de preparo do paciente para assumir a responsabilidade pela continuidade de seu cuidado, sendo recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Para as autoras, o planejamento da alta deve desenvolver-se em consonância com as novas diretrizes básicas dos sistemas de saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como base os valores da integralidade das ações e Serviços de saúde e

deve buscar prover uma transferência segura, evitando dificuldades para o paciente e seus cuidadores e possíveis re-internações.

O registro e a documentação das ocorrências do período de internação também foram apontados por Pr2 como aspectos indispensáveis à garantia da continuidade do cuidado, visto que a comunicação escrita pode ser um instrumento valioso para assegurar o fluxo de informações entre os profissionais envolvidos na assistência ao recém-nascido após a alta da UTIN.

“Se eu passo por um processo de alta de uma criança, o profissional que for atendê-lo numa outra circunstância, ele desconhece o que aconteceu aqui. Ele tem o relato da mãe. Ele muitas vezes não tem um documento ou ele realmente não sabe o que aconteceu. Todos os profissionais que passam a ter contato com essa criança eles passam a ser referência dessa criança.” (Pr2)

Depreendeu-se, ainda, do relato de Pr2, que a continuidade do cuidado extrapola as relações estabelecidas no tempo e no espaço da internação no hospital, sendo necessário assegurá-la também nas outras fases da vida, após a alta hospitalar.

Em estudo sobre o seguimento de crianças pré-termo e de baixo peso egressas de UTIN, Vieira e Mello (2009) afirmam que a continuidade da atenção à saúde da criança deve ser potencializada, visando o seguimento e o suporte adequado aos egressos das UTIN's e suas famílias, uma vez que o cuidado no período neonatal não pode se restringir ao momento de hospitalização ou ao preparo para alta, mas deve estender-se ao espaço extra-hospitalar, tendo como objetivo a sobrevida desses bebês, com qualidade.

Considerando que a continuidade do cuidado deve extrapolar o tempo e espaço da internação na UTIN e ter como foco seu prosseguimento nos setores de cuidados intermediários e nos Serviços de referência e de atenção primária, a continuidade da informação se torna uma ferramenta de grande importância.

Propostas para facilitar o planejamento da alta, favorecer o seguimento dos recém-

nascidos egressos de UTIN e dar suporte às famílias na co-responsabilização pelo cuidado a esses neonatos, tendo como base um fluxo contínuo e qualificado de informação, foram apresentadas em diferentes estudos, como: a criação de *check lists* de alta, além de incorporação e registro do planejamento da alta nos relatórios de enfermagem e na corrida de leitos (Mills; Sims; Jacob, 2006) e a confecção de cartilhas de orientação materna direcionadas à alta da UTIN. (Fonseca *et al*, 2004).

O estudo de Klück e Guimarães (1999), sobre a implantação e avaliação de um sumário eletrônico de alta em um hospital universitário, discute sobre a necessidade de se garantir acesso à informação de maneira fácil e em tempo hábil e a importância do compartilhamento da informação com os pacientes, com os profissionais dos diversos setores do hospital e com o sistema de saúde externo ao hospital, para a continuidade da assistência.

Nesse estudo, os autores ressaltam que o fluxo adequado de informações entre os diferentes prestadores de assistência, dentro e fora do hospital, melhora a qualidade e a prestação da assistência e contribui para sua continuidade. Assegurar o fluxo e a qualidade das informações beneficia: o paciente, ao reconhecê-lo como agente do sistema de saúde, garantindo a continuidade de sua assistência com maior qualidade, em menor tempo e com menos riscos; os profissionais de saúde, que utilizam essas informações para a tomada de decisões; o sistema de saúde e a sociedade como um todo, ao evitar a duplicidade de exames e procedimentos, diminuindo os custos da assistência. (KLÜCK; GUIMARAES, 1999).

Klück e Guimarães (1999) advogam que, além de discutir outros aspectos relacionados ao conceito de continuidade da assistência como, por exemplo, a integração dos diferentes Serviços e a mudança de atitude dos profissionais é necessário entender que o fato de assumir esse conceito requer a utilização de estratégias que garantam a qualidade, a confiabilidade e o acesso às informações.

Para esses autores, a falta de comunicação entre diferentes equipes e entre diferentes instituições que atendem um mesmo paciente é um dos principais entraves à implantação do conceito de assistência continuada. Para eles, faz-se

necessário um prontuário essencial, padronizado nacionalmente, que permita o imediato acesso a todas as informações relevantes sobre o paciente, melhorando a qualidade de sua assistência e favorecendo sua continuidade.

Evidencia-se que os resultados do trabalho em saúde, articulado em linhas de cuidado e redes assistenciais, com fluxo seguro e adequado de informações podem representar avanços em relação à qualidade, à integralidade e à continuidade do cuidado. Mendes (2007) ressalta que, apesar da dificuldade da avaliação de resultados acerca da continuidade da atenção, há evidências quanto à satisfação dos pacientes e da equipe de saúde, à redução de custos, à redução de internações hospitalares e de exames complementares e ao melhor monitoramento e rastreamento das doenças, justificando os esforços para a superação das barreiras a sua implementação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu apreender mecanismos utilizados para a construção da alta dos recém-nascidos na UTIN cenário da pesquisa, bem como suas implicações para a realização de uma assistência pautada pelos sentidos da integralidade e pela garantia da continuidade do cuidado.

Permitiu, ainda, reconhecer que a alta dos recém-nascidos da UTIN para outros setores do hospital, para outros Serviços ou para o domicílio, configura-se como uma etapa crítica da assistência, quando se objetiva garantir a continuidade e a integralidade do cuidado ao recém-nascido.

O estudo possibilitou evidenciar desafios e potencialidades que se apresentam no cotidiano do trabalho na UTIN e na inserção dos pais nesse ambiente, no que se refere à construção da alta dos neonatos, com vistas a responder às necessidades do recém-nascido e de sua família.

Apreendeu-se que, na UTIN cenário do estudo, as atividades relacionadas à alta dos recém-nascidos têm centralidade nas tecnologias duras e leve-duras, com foco no (re) estabelecimento das condições fisiológicas do neonato, apresentando insuficiências quanto à abordagem dos aspectos psicossociais do recém-nascido e de sua família.

Verificou-se que o fato de os recém-nascidos, em sua maioria, não receberem alta da UTIN para o domicílio é percebido, pelos profissionais, como uma situação que determina a redução da complexidade das ações envolvidas na construção da alta dos neonatos, fazendo com que essa construção se restrinja, muitas vezes, a procedimentos burocráticos que norteiam a transferência do recém-nascido entre os setores do hospital.

O estudo permitiu verificar, ainda, contradições vivenciadas pela equipe, que se traduzem pela necessidade da adoção de critérios padronizados de alta, que

subsidiem uma transferência segura para o recém-nascido e sua família. Essa padronização pode ser uma proteção contra a interferência de fatores que extrapolam o espaço de governabilidade dos profissionais, mas que imprimem determinações diretas em seu cotidiano de trabalho, impactando nas ações de planejamento e implementação da alta dos recém-nascidos da Unidade, como, por exemplo, a dinâmica de liberação e ocupação de leitos.

O estudo evidenciou que, para os pais, o momento da alta da UTIN pode representar uma (re) aproximação à possibilidade de garantia de sobrevivência e de (re) estabelecimento das condições de saúde do filho.

Entretanto, no cenário do estudo, apesar da possibilidade de permanência dos pais na UTIN em horário expandido, percebeu-se que seu envolvimento nas ações de cuidado ao recém-nascido é incipiente, o que interfere na participação dos mesmos nas ações que configuram o planejamento e a implementação da alta.

Verificou-se que os pais apresentam dúvidas e inseguranças em relação aos cuidados básicos com os recém-nascidos e quanto à possibilidade de necessitarem, temporária ou permanentemente, de cuidados especiais e de suporte tecnológico no domicílio.

O estudo aponta insuficiências quanto à relação entre pais e equipe da UTIN, revelando dificuldades vivenciadas pelos profissionais para o acolhimento dos pais na Unidade e para o incentivo e o favorecimento de sua participação no cuidado. Assume-se, assim, a importância da implantação de ações de educação permanente para a equipe, que incluam os conteúdos de cuidado centrado na família, apego e vínculo entre pais-filho e família, acolhimento e relações interpessoais, tendo em vista o preparo dos pais e da família para a continuidade dos cuidados após a alta.

Recomenda-se que a equipe de saúde responsabilize-se por prever as necessidades do recém-nascido que receberá alta da UTIN e trabalhe no desenvolvimento de um plano organizado e adequado de alta, que contemple as necessidades clínicas, o preparo dos pais e da família para a alta e os cuidados com

o recém-nascido.

Considera-se que, para isso, os pais devem ser vistos como parceiros nos processos de planejamento e de implementação da alta da UTIN e precisam ser capacitados, durante toda a hospitalização, para prestar cuidados aos filhos, permitindo ampliar as possibilidades de desenvolvimento de habilidades e de confiança no cuidado.

O estudo possibilitou, também, reconhecer situações que representam potencialidades à construção da alta dos neonatos da UTIN com vistas à continuidade do cuidado e à integralidade da assistência, destacando-se o trabalho em equipe e a articulação entre os setores e Serviços envolvidos no cuidado ao recém-nascido. Nesse contexto, evidenciou-se a importância da estruturação do cuidado em redes assistenciais, possibilitando o intercâmbio entre pessoas e instituições e favorecendo o compartilhamento de conhecimentos e experiências.

Assumiu-se, neste estudo, a importância do planejamento da alta e do fluxo e acesso à informação para a continuidade da assistência. Ao tratar da informação, evidenciou-se sua importância para os diversos profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao neonato, nos diferentes pontos de assistência. E para os pais que precisam de uma informação qualificada sobre a internação do recém-nascido; uma informação que favoreça seu entendimento, que respeite as especificidades e necessidades de cada indivíduo, tendo como objetivo a conquista de sua autonomia para o cuidado e para a tomada de decisão quanto à saúde do recém-nascido.

Assume-se, nesta pesquisa, o seu caráter provisório e o não esgotamento do objeto de estudo. Reafirma-se que a busca por uma assistência ao recém-nascido e sua família, pautada pelos sentidos da integralidade e pela garantia da continuidade da assistência, demanda um exercício contínuo de reflexão sobre as práticas em saúde, a fim de consolidar as já existentes e de construir novos caminhos que conduzam à superação do desafio de prover a melhor tecnologia de saberes, procedimentos e equipamentos e de valorizar as necessidades intersubjetivas dos recém-nascidos, familiares e profissionais.

REFERÊNCIAS

AAGAARD, H.; HALL, E. O. Mothers' experiences of having a preterm infant in the neonatal care unit: a meta-synthesis. **Journal of Pediatric Nursing**. Philadelphia, v. 23, n. 3, p. e26-36, Jun. 2008.

American Academy of Pediatrics (AAP). Committee on Fetus and Newborn. Hospital Discharge of the High-Risk Neonate. **Pediatrics**, Evanston, v. 122, n. 5, p. 1119-1126, Nov. 2008.

AROCKIASAMY, V.; HOLSTI, L.; ABERSHEIN, S. Father's experiences in the neonatal intensive care unit: a search for control. **Pediatrics**, Evanston, v. 121, n. 2, p. 215-222, 2008.

BARBOSA, A. P. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 6, p. 437-8, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Editora 70. 2008.

BELO HORIZONTE. Prefeitura municipal de Belo Horizonte. Hospital Municipal Odilon Behrens. Disponível em:
<http://portal2.pbh.gov.br/pbh/index.html?idNv2=288&idConteudoNv2=2281&emConst rucaoNv2=N&verServicoNv2=S&idNivel1Nv2=5&nivel3=>. Acesso em: ago 2008.

BRAGA, P. P. **Cuidado, trabalho e diálogo**: as interações na construção da integralidade do cuidado ao recém-nascido internado em UTI / Patrícia Braga Pinto. 2006. 103 f. ilustr.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 out. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 356 Brasília. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 set. 2000. Seção. 1, p. 18.

BROEDSGAARD, A.; WAGNER, L. How to facilitate parents and their premature infant for the transition home. **International Nursing Review**, Geneve, v.52, n.3, p. 196-203, 2005.

BUARQUE, V. *et al.* O significado do grupo de apoio para a família de recém-nascidos de risco e equipe de profissionais na unidade neonatal. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 4, p. 295-301, Ago. 2006.

CARVALHO, A. B. R.; BRITO, A. S. J; MATSUO, T. Assistência à saúde e mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.6. p. 1003-1012, Dec. 2007.

CECÍLIO, L. C. O; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/ABRASCO, 2005. p. 197-210.

CLEVELAND, L. M. Parenting in the neonatal intensive care unit. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 37, n. 6, p. 666-91, Nov./Dec. 2008.

COMITÉ de Estudios Fetoneonatales (CEFEN). Recomendación para el alta de prematuros. **Archivos Argentinos Pediatría**, Buenos Aires, v.104, n.6, p. 560-562, 2006.

DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde**. 2009. Disponível em:
http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=31&VMun=310620.
Acesso em: 28 de agosto de 2009.

DITZ, E. S.; MOTA, J. A. C.; SENA, R. R. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 1, Mar. 2008.

DUARTE, E. D. **O cuidado ao recém-nascido na perspectiva da integralidade** [manuscrito]: saberes e práticas no cotidiano da UTIN / Elysângela Ditz Duarte, 2007. 190 p.

DUARTE, E. D.; SENA, R. R.; XAVIER, C. C. Processo de trabalho na unidade de terapia intensiva neonatal: construção de uma atenção orientada pela integralidade. **Revista de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n.3, p. 647-54, Set. 2009.

FONSECA, L. M. M. *et al.* Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**,

Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 65-75, Jan./Fev. 2004.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde.. In: Roseni Pinheiro; Ruben Araujo de Mattos. (Org.). **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006, p. 459-474.

FRANCO, T.B.; MAGALHAES JR. H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 125-134

GAAL, B. J, **et al.** Discharge planning utilizing the discharge train: improved communication with families. **Advances in Neonatal Care**, v.8, n.1, p.42-55, Fev. 2008.

GAZELLA, M.; ZAGO, M. M. F. A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p.351-5, 2008.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Reception and attachment: integral practices in health care administration in large urban centers. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.9, n.17, p.287-301, Mar./Ago. 2005.

GOMES, R. *et al.* A integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R; BARROS, M. E.; MATTOS, R. A. (Org). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: Cepesc, Abrasco, 2007. p. 19-36.

GRIFFIN, T; ABRAHAM, M. Transition to home from the newborn intensive care unit: applying the principles of family-centered care to the discharge process. **Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, Philadelphia, v.20, n.3, p.243-9, 2006.

HAGGERTY, J. L. *et al.* Continuity of care: a multidisciplinary review. **British Medical Journal**, London, v. 27, p. 1219-21, 2003.

KAMADA, I.; ROCHA, S. M. M. As expectativas de pais e profissionais de Enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTIN. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 404-11, Set. 2006.

KLÜCK, M.; GUIMARÃES, J. R. Sumário Eletrônico de Alta: garantindo a continuidade da assistência ao paciente através da informação. **Revista de Informática Pública**, Belo Horizonte, p. 123-139, 1999.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. Em busca de informações. In: LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**. Porto alegre: Editora Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999. p. 165 – 196.

LELES, F. A. G. **A descentralização e o financiamento em MG**. 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Minas_Gerais-Fernando_Leles.pdf. Acesso em: 28 de agosto de 2009.

LOUREIRO, C. F. B.. Complexidade e dialética: contribuições à práxis política e emancipatória em educação ambiental. **Educação & Sociedade**, Campinas, v.26, n.93, p.1473-1494, Set./Dez. 2005.

LOUZADA, A. P. F.; BONARDI, C.; BARROS, M. E. B. A integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e normas recentradas. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.B.; MATTOS, R. A. (Org). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. 1ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: Abrasco, 2007. p. 37-52.

LUPTON, D.; FENWICH, J. “They’ve forgotten that I’m the mum” constructing and practicing motherhood in special care nurseries. **Social Science and Medicine**, New York, v. 53, p. 1011-1021, 2001.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 312p.

MARKESTAD, T., *et al.* Early death, morbidity, and need of treatment among extremely premature infants. **Pediatrics**, Evanston, v.115, p.1289-98, 2005.

MARLOW, N., *et al.* Neurologic and development disability at six years after extremely preterm birth. **New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v.352, p.9-17, 2005.

MARTINEZ, J. G.; FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, Apr. 2007.

MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: UERJ- IMS/ABRASCO, 2006. 180p.

McNEIL, D. Uncertainty, waiting, and possibilities: Experiences of becoming a mother with an infant in NICU. **Neonatal Network**, San Francisco, v.11, n.78, 1992.

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. 2007. 154p. Disponível em:
http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO_BIBLIOGRAFICA_SOBRE_AS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf. Acesso em: 25 de agosto de 2009.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A. T. (Org.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: escrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MERHY, E. E. Engravidando palavras: o caso da integralidade. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005a. p. 195-206.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2005b. 189 p. (Saúde em debate, 145).

MERHY, E. E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e ferindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997a. p.113-160.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo, Hucitec/Lugar Editorial, 1997b. Parte 1, p. 71-112.

MILLS, M. M.; SIMS, D. C.; JACOB, J. Implementation and case-study results of potentially better practices to improve the discharge process in the neonatal intensive care unit. **Pediatrics**, Evanston, v. 118, n. Suppl 2, p. S124-33, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

MOTTA, M. G. C. **O ser doente no tríplice mundo da criança, família e hospital:** uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais. Florianópolis: UFSC. 1998.

NETO, G. V.; MALIK, A, M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, 2007.

OLIVEIRA, Suelen Rosa de. **Diário de campo.** (Registro das observações e impressões da pesquisadora acerca de situações observadas). 2009. 31 fls.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R; BARROS, M.E.; MATTOS, R.A. (Org). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: Cepesc, Abrasco, 2007. p. 161-178.

PRIGENZI, M. L. H., *et al.* Fatores de risco associados à mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso na cidade de Botucatu, São Paulo, no período 1995-2000. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 1, p. 93-101, Jan./Mar. 2008.

RABELO, M. Z. S. *et al.* Feelings and expectations of mothers of preterm babies at discharge. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 333-7, 2007.

REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [on line], v.9, n.1, p. 200-213, Jan./Abr. 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>. Acesso em: 14 de dezembro de 2008.

ROBISON, L. D. An organizational guide for an effective developmental program in the NICU. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 32, n.3, p. 379-86, Mai./Jun. 2003.

RODRIGUES, L. S., *et al.* Seguimento de prematuros após alta hospitalar. **Acta Médica**, Porto Alegre, v.28. p. 559-68, 2007.

ROSA FILHO, L. A; FASSA, A. G.; PANIZ, V. M. V. Fatores associados à continuidade interpessoal na atenção à saúde: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.915-25, Abr. 2008.

ROSE, C.; RAMSAY, L.; LEAF, A. Strategies for getting preterm infants home earlier.

Archives of Disease in Childhood, London, v. 93, n. 4, p. 271-3, 2008.

SAULTZ, J. W. Defining and measuring interpersonal continuity of care. **Annals of Family Medicine**, v.1, p. 134-43, 2003.

SCHULMAN, J. What's New for 2008 MeSH®. **NLM Tech Bull.** n. 359: e11, Nov/Dec. 2007.

SCHWARTZ, Y. **Trabalho e saúde**: construindo outros modos de gestão. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. Mimeo.

SCOCHI, C.G.S. *A humanização da assistência hospitalar ao bebe prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem.* 2000. 245 f. Tese (Livre docência). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

SEBASTIANI, M.; CERNADAS, J. M. C. Aspectos bioéticos en el cuidado de los recién nacidos extremadamente prematuros. **Archivos Argentinos de Pediatría**, Buenos Aires, v.106, n. 3, p. 242-248, 2008.

SILVA JUNIOR A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2005. p. 113-128..

SIMS, D.C. *et al.* Evaluation and development of potentially better practices to improve the discharge process in the neonatal intensive care unit. **Pediatrics**, Evanston, v. 118, n. Suppl 2, p. 115-23, 2006.

SOUZA, D.C. *et al.* Disponibilidade de unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal no Município de São Paulo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 6, p. 453-60, 2004.

VASCONCELOS, M. G. L.; LEITE, A. M.; SCOCHI, C. G. S. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 47-57, Mar. 2006.

VIERA, C. S; MELLO, D. F. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n. 1, p. 74-82, Jan./ Mar. 2009.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A: ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

Situação	Observação
Passagem de notícias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quem passa. ▪ Que recebe. ▪ Quais os aspectos abordados pelos profissionais. ▪ Reação dos envolvidos.
Discussão dos casos entre a equipe multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quais profissionais participam. ▪ Quais os assuntos abordados.
Presença dos pais na unidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primeiro contato dos pais na unidade: quem os acolhe, reação dos pais e da equipe. ▪ Interação com o recém-nascido. ▪ Participação no cuidado.
Alta da UTIN /Alta hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quais profissionais participam. ▪ Envolvimento dos pais: se estão presentes no momento, se recebem algum preparo/informação nos momentos que antecedem a alta da UTIN. ▪ Para onde são transferidos: alta para casa, para outra unidade do hospital, para outros serviços de saúde. ▪ Articulação com os serviços que receberão o RN.

APÊNDICE B: ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA A ENTREVISTA COM OS PAIS

Data: ____/____/____ Início: _____ Término: _____

Identificação: _____

Sexo: M F

Idade: _____

Grau de escolaridade: _____

Número de filhos: _____

Tempo de internação do recém-nascido na UTIN: _____

1. Quais as suas expectativas em relação ao momento da alta de seu bebê desta UTIN?
2. Você recebeu algum treinamento ou orientação direcionados para a alta de seu bebê desta unidade? Qual (ais)?
3. Caso tenha recebido algum tipo de preparo direcionado para a alta do seu bebê da UTIN, considera que o mesmo foi adequado às suas necessidades?
4. Você gostaria de dar alguma sugestão para o processo de alta dos recém-nascidos desta unidade?

APÊNDICE C: ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA A ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS

Data: ____/____/____ Início: _____ Término: _____

Profissão: _____

Identificação: _____

Turno de trabalho: Diurno Noturno Misto

Tempo de trabalho na instituição: _____

Vínculo na instituição: Instável Estável

1. Como é o processo de alta do recém-nascido desta UTIN?
2. Quais os procedimentos que a equipe utiliza para realizar a alta do recém-nascido desta UTIN?
3. Como você participa do processo da alta do recém-nascido desta unidade?
4. Como ocorre a articulação desta unidade com as outras unidades ou serviços de saúde que receberão o recém-nascido?
5. Como o processo da alta do recém-nascido da UTIN pode influenciar na continuidade do seu cuidado?
6. Como o processo da alta do recém-nascido da UTIN pode influenciar na integralidade do cuidado?
7. Você gostaria de dar alguma sugestão para que a integralidade e a continuidade do cuidado sejam contempladas no contexto da alta da UTIN? Qual (ais)?

APÊNDICE D: CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Específico para os familiares)

Eu, **SUELEN ROSA DE OLIVEIRA**, Enfermeira e Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, estou desenvolvendo uma pesquisa sobre a assistência que é prestada ao recém nascido durante o processo da alta da Unidade de Terapia Intensiva, cujo título é: “*A alta Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: implicações para a integralidade do cuidado*”. Esta pesquisa tem a orientação da Professora Dra. Roseni Rosângela de Sena.

Sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação. É necessário que você tenha conhecimento de algumas informações antes de decidir quanto à sua participação:

1. A sua colaboração consiste em participar de uma entrevista individual, é uma participação voluntária e o Sr.(a) terá a liberdade para desistir em qualquer momento da pesquisa, caso venha a desejar, sem risco de qualquer penalização;
2. Caso o(a) Sr.(a) não deseje participar ou desista de continuar na pesquisa, o seu bebê que está no CTI não terá nenhum prejuízo quanto à assistência recebida;
3. Durante a implementação da pesquisa o(a) Sr.(a) poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas;
4. A entrevista será gravada, caso o(a) Sr.(a) permita, e transcrita. Será permitido a você ouvi-la, bem como ter acesso à transcrição, e fazer alterações se desejar;
5. Será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados, e guardado sigilo de dados confidenciais;
6. A utilização dos resultados das informações obtidas será exclusivamente para fins científicos e para a produção de artigos técnicos;
7. O(A) Sr.(a) não terá nenhum tipo de despesa e não receberá nenhuma gratificação para a participação nesta pesquisa;
8. Caso sinta necessidade de contatar o pesquisador durante e/ou após a coleta de dados, poderá fazê-lo pelo telefone (031)38797461 ou pelo e-mail: sufmg@yahoo.com.br;
9. Ao final da pesquisa o (a) Sr, (a) terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir junto ao pesquisador.

Certa de contar com o seu apoio, reforço meu agradecimento.

Suelen Rosa de Oliveira

SUELEN ROSA DE OLIVEIRA
Av. Bernardo Vasconcelos, 2080/901A, Ipiranga,
Belo Horizonte, MG. Telefone: (31) 3879-7461 ou
(31)87781850.
Email: sufmg@yahoo.com.br

ROSENI ROSÂNGELA DE SENA
Rua Curitiba, 2232/301, Lourdes, Belo Horizonte,
MG. Telefone: (0xx31) 3337-8838 ou 9951-8838
Email: rosenisena@uol.com.br

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG:
Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 120
Telefax: (031) 3409.9836
CEP.: 30.130-100
Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
Email: colpos@enf.ufmg.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG
Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha
Unidade Administrativa II, 2º andar
Te: (0xx31) 3409-4592
Email: coep@prpq.ufmg.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Específico para os familiares)

Declaro ter recebido da Enfermeira **Suelen Rosa de Oliveira**, aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem/UFMG, as orientações sobre a finalidade e objetivos da pesquisa intitulada “*A alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: implicações para a integralidade do cuidado*”, bem como sobre a utilização das informações que forneci somente para fins científicos, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

Estou ciente da voluntariedade da minha participação nesta pesquisa e de que poderei, a qualquer momento, interromper a minha participação sem nenhum prejuízo para a minha pessoa ou para a assistência do meu bebê que está internado no CTI Neonatal do Hospital Municipal Odilon Behrens.

Fui informado (a) que não terei nenhum tipo de despesa nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação e não terei qualquer tipo de prejuízo em participar da pesquisa.

Fui informado (a) que será garantido o anonimato na análise e apresentação dos dados e que terei acesso aos documentos resultantes da pesquisa.

Minhas dúvidas foram esclarecidas suficientemente e concordo em participar voluntariamente das atividades da pesquisa. Aceito ter a gravação de minha fala durante a entrevista, bem como sua utilização na pesquisa.

Assim sendo, concordo, voluntariamente em participar deste estudo.

Belo Horizonte,..... de.....de 200.

Entrevistado:.....

Assinatura:.....



Polegar direito

APÊNDICE E: CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (específico para profissionais)

Eu, **SUELEN ROSA DE OLIVEIRA**, Enfermeira e Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, estou desenvolvendo uma pesquisa com finalidade acadêmica e de difusão científica cujo título é: “*A alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: implicações para a integralidade do cuidado*”.

Sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação. O seu consentimento em participar da pesquisa deve considerar as seguintes informações:

1. O objetivo do trabalho é: Analisar os mecanismos institucionais utilizados na alta do recém-nascido da UTIN, visando à continuidade e a integralidade do cuidado.
2. A investigação tem como referencial teórico a dialética; a coleta dos dados primários será feita através de entrevista individual e observação.
3. A participação é voluntária, tendo o participante a liberdade para desistir durante qualquer etapa da pesquisa, caso venha a desejar, sem risco de qualquer penalização.
4. Será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados, e guardado sigilo de dados confidenciais.
5. A utilização dos resultados das informações obtidas será exclusivamente para fins científicos e para a produção de artigos técnicos;
6. O(A) Sr(a) não terá nenhum tipo de despesa e não receberá nenhuma gratificação para a participação nesta pesquisa.
7. Caso sinta necessidade de contatar o pesquisador durante e/ou após a coleta de dados, poderá fazê-lo pelo telefone (31)3879-7461 ou pelo e-mail: sufmg@yahoo.com.br.
8. A entrevista será gravada, se o (a) Sr(a) assim consentir. O Sr(a) poderá ouvi-la, bem como ter acesso à sua transcrição, e fazer alterações, se assim o desejar.
9. Ao final da pesquisa o (a) Sr. (a) terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir junto ao pesquisador.

Certa de contar com o seu apoio, reforço meu agradecimento.

Suelen Rosa de Oliveira

SUELEN ROSA DE OLIVEIRA
Av. Bernardo Vasconcelos, 2080/901A, Ipiranga,
Belo Horizonte, MG. Telefone: (31) 3879-7461 ou
(31)87781850.
Email: sufmg@yahoo.com.br

ROSENI ROSÂNGELA DE SENA
Rua Curitiba, 2232/301, Lourdes, Belo
Horizonte, MG. Telefone: (0xx31) 3337-8838
ou 9951-8838
Email: rosenisena@uol.com.br

**COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO DA
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG:**

Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 120
Telefax: (031) 3409.9836
CEP.: 30.130-100
Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
Email: colpos@enf.ufmg.br

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
UFMG**

Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha
Unidade Administrativa II, 2º andar
Te: (0xx31) 3409-4592
Email: coep@proa.ufma.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(específico para profissionais)

Declaro ter recebido da Enfermeira **Suelen Rosa de Oliveira**, aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem/UFMG, as orientações sobre a finalidade e objetivos da pesquisa intitulada “*A alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: implicações para a integralidade do cuidado*”, bem como sobre a utilização das informações que forneci somente para fins científicos, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

Estou ciente de que não serei exposto (a) a riscos devido a minha participação nesta pesquisa e que poderei, a qualquer momento, interromper a minha participação sem nenhum prejuízo.

Fui informado (a) que não terei nenhum tipo de despesa nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação e não terei qualquer tipo de prejuízo em participar da pesquisa.

Fui informado (a) que será garantido o anonimato na análise e apresentação dos dados e que terei acesso aos documentos resultantes da pesquisa.

Minhas dúvidas foram esclarecidas suficientemente e concordo em participar voluntariamente das atividades da pesquisa. Aceito ter a gravação de minha fala durante a entrevista, bem como sua utilização na pesquisa.

Assim sendo, concordo, voluntariamente em participar deste estudo.

Belo Horizonte,.....de..... 200.

Participante:.....
.....

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE F – CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (específico para os responsáveis legais de participantes menores de 18 anos)

Eu, **SUELEN ROSA DE OLIVEIRA**, Enfermeira e Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, estou desenvolvendo uma pesquisa sobre a assistência que é prestada ao recém nascido durante o processo da alta da Unidade de Terapia Intensiva, cujo título é: “*A alta Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: implicações para a integralidade do cuidado*”. Esta pesquisa tem a orientação da Professora Dra. Roseni Rosângela de Sena.

Por este motivo, solicito sua autorização para a participação do Sr (a) _____, que se encontra sob sua responsabilidade legal, neste estudo.

Entretanto, é necessário que você tenha conhecimento de algumas informações antes de decidir quanto à sua autorização:

1. A participação de seu tutelado neste estudo consiste em responder a uma entrevista individual. É uma participação voluntária e o entrevistado terá a liberdade para desistir em qualquer momento da pesquisa, caso venha a desejar, sem risco de qualquer penalização;
2. A não participação no estudo ou a desistência em continuar no mesmo, não acarretará nenhum prejuízo quanto à assistência recebida pelo bebê que está na UTI;
3. Durante a implementação da pesquisa o(a) entrevistado poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas;
4. A entrevista será gravada, caso o(a) participante permita, e transcrita. Será permitido ao entrevistado ouvi-la, bem como ter acesso à transcrição, e fazer alterações se desejar;
5. Será garantido o seu anonimato, bem como do entrevistado, por ocasião da divulgação dos resultados, e guardado sigilo de dados confidenciais;
6. A utilização dos resultados das informações obtidas será exclusivamente para fins científicos e para a produção de artigos técnicos;
7. O(A) participante não terá nenhum tipo de despesa e não receberá nenhuma gratificação para a participação nesta pesquisa;
8. Caso sinta necessidade de contatar o pesquisador durante e/ou após a coleta de dados, poderá fazê-lo pelo telefone (031)38797461 ou pelo e-mail: sufmg@yahoo.com.br;
9. Ao final da pesquisa o (a) Sr, (a) e o participante terão livre acesso ao conteúdo da mesma.

Certa de contar com o seu apoio, reforço meu agradecimento.

Suelen Rosa de Oliveira

SUELEN ROSA DE OLIVEIRA
Av. Bernardo Vasconcelos, 2080/901A,
Ipiranga, Belo Horizonte, MG. Telefone: (31)
3879-7461 ou (31)87781850.
Email: sufmg@yahoo.com.br

ROSENI ROSÂNGELA DE SENA
Rua Curitiba, 2232/301, Lourdes, Belo Horizonte,
MG. Telefone: (0xx31) 3337-8838 ou 9951-8838
Email: rosenisena@uol.com.br

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG:
Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 120
Telefax: (031) 3409.9836
CEP.: 30.130-100
Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
Email: colpos@enf.ufmg.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG
Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha
Unidade Administrativa II, 2º andar
Tel: (0xx31) 3409-4592
Email: coep@prpq.ufmg.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(específico para os responsáveis legais de participantes menores de 18 anos)

Declaro ter recebido da Enfermeira **Suelen Rosa de Oliveira**, aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem/UFMG, as orientações sobre a finalidade e objetivos da pesquisa intitulada “*A alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: implicações para a integralidade do cuidado*”, bem como sobre a utilização das informações que forneci somente para fins científicos, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

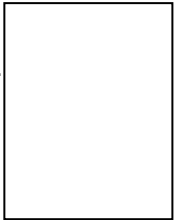
Estou ciente da voluntariedade da minha autorização e da participação de meu tutelado _____ nesta pesquisa e de que ele poderá, a qualquer momento, interromper sua participação sem nenhum prejuízo para a minha pessoa, para ele ou para a assistência do seu bebê que está internado na UTI Neonatal do Hospital Municipal Odilon Behrens.

Fui informado (a) que o participante não terá nenhum tipo de despesa nem receberá nenhum pagamento ou gratificação pela sua participação e não terá qualquer tipo de prejuízo em participar da pesquisa.

Fui informado (a) que será garantido o anonimato na análise e apresentação dos dados e que terei acesso aos documentos resultantes da pesquisa.

Minhas dúvidas foram esclarecidas suficientemente e autorizo voluntariamente a participação de meu tutelado nas atividades da pesquisa, caso seja de sua vontade.

Belo Horizonte,..... de.....de 200.

Participante:.....	
Responsável legal:.....	
..... Assinatura do responsável legal	
..... Assinatura do pesquisador	Polegar direito

ANEXO A: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL ODILON BEHRENS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Avaliação de Projeto de Pesquisa

Título do Protocolo: A alta da unidade de terapia intensiva neonatal: implicações para a integridade do cuidado.

Pesquisador responsável: Suelen Rosa de Oliveira

Parecer do CEPHOB: O projeto em apreço foi avaliado e foi aprovado pelo CEP HOB estando autorizada a sua realização.

Atenciosamente



TÚLIO PINHO NAVARRO
Coordenador do CEP-HOB

Belo Horizonte, 13 de novembro de 2008.

ANEXO B: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 679/08

Interessado(a): Profa. Roseni Rosângela de Sena
Depto. Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 11 de março de 2009, o projeto de pesquisa intitulado "**A alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: implicações para a integralidade do cuidado**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG