

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL**  
**UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS**  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* ENSINO EM SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL

**Elisângela Luna Cabrera**

**ATIVIDADE EDUCATIVA E O PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UTI  
NEONATAL**

**Dourados/MS**

**2017**

**Elisângela Luna Cabrera**

**ATIVIDADE EDUCATIVA E O PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UTI  
NEONATAL**

**Relatório Técnico do curso de Mestrado Profissional apresentado ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados, na linha de pesquisa de práticas educativas em saúde, como exigência final para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.**

**Orientadora: Profª Drª Cibele de Moura Sales**

**Coorientadora: Profª Drª Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi**

**Dourados/MS**

**2017**

C123a Cabrera, Elisângela Luna

Atividade educativa e o processo de enfermagem em uma  
UTI neonatal/ Elisângela Luna Cabrera. – Dourados, MS:  
UEMS, 2017.  
66f.

Relatório Técnico (Mestrado Profissional) – Ensino em  
Saúde – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2017.  
Orientadora: Profa. Dra. Cibele de Moura Sales.

1. Processos de enfermagem 2. Ensino em saúde 3.  
Enfermagem neonatal I. Título

CDD 23. ed. - 618.9201



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL  
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENSINO  
EM SAÚDE, MESTRADO PROFISSIONAL (PPGES)



## ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO

Aos oito dias do mês de agosto do ano de dois mil e dezessete, realizou-se a apresentação da defesa do Produto Final intitulado: *Atividade educativa e o processo de enfermagem em uma UTI Neonatal*, de autoria do mestranda Elisângela Luna Cabrera, discente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. A comissão julgadora foi constituída pelos seguintes componentes: Profa. Dra. Cibele de Moura Sales (orientadora/presidente), Profa. Dra. Fabiana Rodrigues Bergamaschi (examinadora titular), Profa. Dra. Giselle Cristina Martins Real (examinadora titular externa) e Prof. Dr. Rogério Dias Renovato. Concluídos os trabalhos de apresentação e arguição, a comissão julgadora considerou a mestranda: APROVADA. E, para constar, foi lavrada a presente Ata, que será assinada pelos membros da Comissão Julgadora.

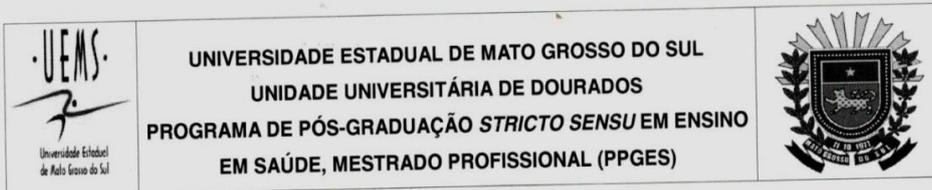
Dourados, 08 de agosto de 2017.

Profa. Dra. Cibele de Moura Sales (orientadora/examinadora titular) – UEMS

Profa. Dra. Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi (examinadora titular) – UEMS

Prof. Dr. Rogério Dias Renovato (examinador titular) – UEMS

Profa. Dra. Giselle Cristina Martins Real (examinadora titular externa) – UFGD



*ELISÂNGELA LUNA CABRERA*

*ATIVIDADE EDUCATIVA E O PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UTI  
NEONATAL*

Produto Final do Curso de Mestrado Profissional apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, como requisito final para a obtenção do Título de Mestre em Ensino em Saúde.

**Aprovada em: 08/08/2017**

**BANCA EXAMINADORA:**

Profa. Dra. Cibele de Moura Sales (orientadora/examinadora titular) – UEMS

Profa. Dra. Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi (examinadora titular) – UEMS

Profa. Dra. Giselle Cristina Martins Real (examinadora titular externa) – UFGD

Prof. Dr. Rogério Dias Renovato (examinador titular) – UEMS

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Miguel Angelo Cabrera (*in memoriam*) e Maria Eliza Luna Cabrera que apesar de todas “infidelidades do meio” se empenharam com amor a exercer seus papéis. Com muita paciência e persistência foram lapidando minha sensibilidade para que eu pudesse aproveitar os “encontros” que a vida me proporciona, em prol de meu desenvolvimento pessoal e profissional, me ensinando a utilizar meus dons e a sempre ter disponibilidade para auxiliar as pessoas em suas “necessidades”.

Ao meu irmão Miguel Angelo Cabrera Junior quem primeiro me ensinou na prática uma equação matemática da vida, às avessas. Ao aplicar a operação divisão/partilha ao amor seu resultado sempre será multiplicado. Com Érika Egídeo da Silva trouxe à nossa família nosso amor maior: Miguel Angelo Cabrera Neto, esta equação foi elevada à sua maior potência.

Ao meu amor José Vander dos Reis meu ponto de equilíbrio, que segurou firme minhas mãos nos momentos de tempestade que vivenciei, me trazendo em segurança para mares calmos. Quem diariamente me leva a repensar muitas situações, anteriormente dadas como certas resignificando-as com o coração. Meu companheiro escolhido para esta e outras vidas.

E não menos importante Neuza Alves Pracidelli, minha segunda mãe. Quem sempre buscou direcionar minha atenção às coisas mais importantes da vida: o amor, a união e as pessoas. Insistentemente me levou a olhar para compreender e valorizar o lado bom de cada pessoa e a perceber que cada uma é capaz de deixar um legado. Seja na forma de uma semente, uma flor ou um fruto, basta que seja respeitada em seu tempo e missão.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora enfermeira Roselaine Migotto Watanabe quem despertou em mim a paixão pela neonatologia.

Às técnicas de enfermagem da UTI Neonatal e pediátrica do Hospital e Maternidade Femina (Cuiabá/MT) que me acolheram e ensinaram a prática do cuidado neonatal e “as normas antecedentes”, permitindo que eu desenvolvesse minha “inteligência astuciosa”, em especial a Elisângela, Edna e Berenice.

A cada neonato e mãe que passaram por minha vida, me ensinado o sentido das palavras garra, persistência, força e vontade de viver. Aqui representando os bebês João, Alice (do Nicolas), Alexsander, Clarinha e Cecília (flor de laranjinha). E as mães Sônia, Osmarina, Andréia, Jeliane e Luciene, suas vivências me possibilitaram expandir minha compreensão da expressão amor de mãe, cada uma a sua maneira.

Aos profissionais da UTI Neonatal do HU-UFGD que de forma direta ou indireta permitiram que eu me reconstruísse enquanto pessoa e profissional. Foram muitos dias, discussões, diálogos, emoções e aprendizados vividos intensamente com vocês, carrego um pouco de cada um comigo. Principalmente minhas amigas Alexsandra, Clarice, Dr<sup>a</sup> Silvete, Fernanda e Lindamir.

Aos meus amigos conquistados no mestrado, em especial: Natali e Leidimara que me fizeram refletir minhas intransigências com as mães dos bebês prematuros; Adriana, Ana Paula e Simone companheiras dos almoços e reflexões sobre a vida; Layla, o outro lado do espelho, me fez perceber muitas qualidades minhas que eu tinha dificuldades em acolher e valorizar; Jair que docemente me incentivava por meio de mensagens diárias, reforçando meu valor perante Deus e Camila(s) e Idalina meus modelos de amor à profissão, superação, comprometimento, humanidade e incentivo ao outro.

À Cibele e Fabiana que me direcionaram para que este trabalho fosse possível, que souberam respeitar minhas ausências durante meu processo de cura e reestruturação emocional. Aos professores do mestrado profissional ensino em saúde da UEMS pela possibilidade de me resignificar enquanto pessoa e profissional de saúde.

E Wanessa Gonçalves da Silva que me incentivou na construção e concretização deste projeto, com sugestões para melhoria da minha escrita.

Sou muito grata a todos, sem vocês tudo seria mais complicado.

## RESUMO

Este relatório técnico objetivou descrever a atividade educativa desenvolvida junto às enfermeiras da UTIN do HU-UFGD sobre o processo de enfermagem e seu processo de trabalho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo pesquisa-intervenção, sendo pensada para as oito enfermeiras dessa unidade, tendo uma média de três participantes por encontro, além da participação de duas enfermeiras da educação permanente no apoio logístico. Foram realizados quatro encontros com abordagem dialógica e as dificuldades vivenciadas se relacionaram com a transição de gestão desta instituição para EBSEH, acentuando características de gerencialismo, dificuldade de permanência das enfermeiras no setor, ausência de conhecimento específico em neonatologia por parte destas profissionais, mudança nos processos de trabalho. Esta pesquisa culminou na produção técnica intitulada “Sequência Didática para o Ensino do Processo de Enfermagem em UTI Neonatal”.

**PALAVRAS-CHAVE:** Processos de enfermagem. Educação em saúde. Enfermagem neonatal.

## ABSTRACT

This technical report aimed to describe the educational activity developed among the nurses of the NICU (neonatal intensive care unit) at the University Hospital of UFGD (*Universidade Federal da Grande Dourados*) about the nursing process and its working process. It is a qualitative research, a research-intervention kind, and it was thought for eight nurses of this unit, having an average of three participants per meeting, besides the participation of two permanent education nurses in the logistical support. Four meetings with a dialogical approach were held and the difficulties experienced were related to the management transition of this institution to EBSEH (*Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares*), accentuating characteristics of managerialism, difficulty of permanency of nurses in the sector, absence of these professionals' specific knowledge in neonatology, and change in work processes. This research culminated in the technical production entitled "Didactic Sequence for Teaching Nursing Process in Neonatal ICU".

**KEYWORDS:** Nursing Processes. Health education. Neonatal nursing.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|              |   |
|--------------|---|
| ABENTI.....  | ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA                            |
| AMIB.....    | ASSOCIAÇÃO DE MECINA INTENSIVA BRASILEIRA   |
| CCIH.....    | COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR   |
| CEP.....     | COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA  |
| CLT.....     | CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO   |
| CO.....      | CENTRO OBSTÉTRICO   |
| COFEN.....   | CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM  |
| COREN.....   | CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM   |
| DGP.....     | DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE PESSOAS   |
| EBSERH.....  | EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES   |
| FMS.....     | FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE   |
| HU-UFGD..... | HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS                   |
| IHAC.....    | INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA  |
| ISBN.....    | SISTEMA INTERNACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO DE LIVROS E SOFTWARES                        |
| MEC.....     | MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  |
| MS.....      | MATO GROSSO DO SUL  |
| NANDA.....   | NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION  |
| NANDA-I..... | NANDA INTERNATIONAL (CLASSIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM)                   |
| NHB.....     | NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS  |
| NIC.....     | NURSING INTERVENTIONS CLASSIFICATION (CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM) |
| NOC.....     | NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION (CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM)        |
| PAGO.....    | PRONTO ATENDIMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA                                     |
| PE.....      | PROCESSO DE ENFERMAGEM  |
| RJU.....     | REGIME JURÍDICO ÚNICO   |
| RN.....      | RECÉM-NASCIDO   |
| SAE.....     | SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM   |

SLP.....SISTEMA DE LINGUAGENS PADRONIZADAS  
SODOBEN.....SOCIEDADE DOURADENSE DE BENEFICÊNCIA  
SP.....SÃO PAULO  
SUS.....SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
TCLE.....TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
UEMS.....UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL  
UFMS.....UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
USP.....UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
UCIN.....UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL  
UTI.....UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA  
UTIN.....UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>12</b> |
| <b>2 ETAPAS DO RELATÓRIO TÉCNICO.....</b>                                 | <b>15</b> |
| <b>2.1 Contextualizando a formação.....</b>                               | <b>15</b> |
| <b>2.2 Reflexões sobre a prática.....</b>                                 | <b>16</b> |
| <b>2.3 Apresentando os cenários, os sujeitos e sua historicidade.....</b> | <b>19</b> |
| 2.3.1 O cenário da Unidade de Terapia Intensiva em Neonatologia.....      | 21        |
| 2.3.2 A enfermeira e suas competências exigidas para atuar em UTIN.....   | 27        |
| <b>3 DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM.....</b>          | <b>29</b> |
| <b>3.1 Descrição dos encontros.....</b>                                   | <b>32</b> |
| 3.1.1 Primeiro encontro.....  | 32        |
| 3.1.2 Segundo encontro.....   | 37        |
| 3.1.3 Terceiro encontro.....  | 40        |
| 3.1.4 Quarto encontro.....  | 40        |
| <b>4 POTENCIALIDADES E DESAFIOS.....</b>                                  | <b>45</b> |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>47</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>49</b> |
| <b>ANEXO A.....</b>   | <b>54</b> |
| <b>APÊNDICE A.....</b>  | <b>56</b> |
| <b>APÊNDICE B.....</b>  | <b>58</b> |
| <b>APÊNDICE C.....</b>  | <b>59</b> |
| <b>APÊNDICE D.....</b>  | <b>60</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Este relatório técnico tem como objetivo descrever a estratégia educativa realizada com as enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Universitário da Grande Dourados (HU-UFGD), considerando suas potencialidades e desafios. Relatando as características deste setor e as atividades laborais desenvolvidas por estes sujeitos neste ambiente tão complexo. Também, como o processo de ensino-aprendizagem foi pensado e como foi progredindo durante estes momentos de trocas e reflexões.

A atividade educativa em torno do processo de trabalho na UTIN e o processo de enfermagem (PE) será o fio condutor deste relatório. O PE refere-se ao fazer profissional específico da enfermagem que requer ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização, apoiado no conhecimento técnico científico da profissão e em um sistema de valores, crenças e moral (GARCIA, NOBREGA, 2004). É um modelo metodológico que a enfermagem lança mão para desenvolver o cuidado em enfermagem (GARCIA, NOBREGA, 2000).

Para o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2002; 2009), o PE é um modelo sistematizado de organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem, devendo ser planejado pela enfermeira ao atender os usuários do serviço de saúde, seja na atenção primária, seja em ambiente hospitalar especializado, individual ou coletivamente.

Apesar da intensa regulamentação para a implantação do PE reforçada pela Resolução do COFEN 358/2009, associada ao trabalho ativo dos fiscais do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) no estado de Mato Grosso do Sul (MS), desde 2014 para que ela seja cumprida, ainda verifica-se que em muitas instituições de saúde o PE não está em funcionamento. Trabalhos de Herminda (2004), Takahashi *et al* (2008) e Santos (2014) enumeram os principais motivos das dificuldades de implantação e de desenvolvimento do PE em muitas instituições de saúde hospitalares ou ambulatoriais, corroborando esta problemática.

Nesse contexto, o HU-UFGD, fundado em 2003, com início de suas atividades assistenciais em 2004, encontra-se, em fase de organização de seu serviço assistencial, sobretudo no serviço de enfermagem, sendo a implantação e o desenvolvimento do PE nos setores assistenciais do hospital uma realidade em construção.

Considerando a inexistência do PE no HU-UFGD, sobretudo em uma unidade de assistência complexa como a UTIN, que conforme afirma Costa, Padilha (2011), exige da

enfermeira conhecimentos específicos variados com suporte científico. Nesse sentido, o desenvolvimento desse estudo visou construir um processo de ensino-aprendizagem, junto às enfermeiras do setor sobre o PE, possibilitando uma reflexão do processo de trabalho, e, para tanto, tendo como objetivos específicos:

- Instituir um espaço para discussão e estudo sobre o processo de trabalho da enfermagem e PE;
- Descrever o processo de ensino-aprendizagem sobre o PE desenvolvido com os enfermeiros da UTIN do HU-UFGD.

O desenvolvimento desse estudo será apresentado no formato de relatório técnico dividido nas seguintes etapas:

- Contextualização da formação – um relato breve de minha formação profissional e laboral, assim como da motivação para o desenvolvimento desta pesquisa;
- Reflexões sobre a prática – a reflexão sobre meu processo de formação inicial e continuada e sobre o processo de trabalho. A contribuição do programa de mestrado para constatação do autoritarismo, higienismo e gerencialismo que estavam impregnados em minhas ações e para a transposição, finalizando com a conclusão de que somos seres inacabados em constante aperfeiçoamento;
- Apresentação do cenário, os sujeitos e sua historicidade, dividido entre o cenário da UTIN e a enfermeira e as competências exigidas para atuar em UTIN – traz a história da formação do HU-UFGD até o momento que recebeu a UTIN. Também, o detalhamento de como se deu o processo de formação da neonatologia, os conhecimentos e discursos desenvolvidos pelos médicos e pela enfermeira neonatal, as relações de poder e micropoderes existentes no hospital e na UTIN entre a equipe multiprofissional;
- Desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem – descreve a atividade educativa realizada. Os tópicos abordados durante utilização da lista de discussão como estratégia de ensino-aprendizagem, partindo para a revisão da estratégia à distância para a presencial com o relato dos quatro encontros ocorridos e seu desenrolar com as potencialidades e desafios e elaboração do produto técnico educativo inicialmente pensado como a construção de um protocolo de implantação do PE na UTIN, o qual após a vivência do processo educativo, das dificuldades advindas do processo de trabalho dos sujeitos do estudo foi repensado concretizando-se em uma “Sequência Didática Para o Ensino do Processo de Enfermagem em UTI Neonatal (ISBN 978-85-99540-73-2)”.

Entendendo assim, que a sequência didática servirá como suporte para a construção do PE no setor, e que permitirá de maneira prática a construção do processo de ensino-aprendizagem

às enfermeiras da UTIN em qualquer tempo, com possibilidade de melhorias progressivas deste material.

O público-alvo são as enfermeiras que atuam na UTIN ou que tem intenção de atuarem neste setor. As atividades sugeridas na sequência didática foram pensadas para se realizarem na modalidade semipresencial, utilizando o programa existente para educação continuada, da instituição em estudo, a ferramenta *Moodle* de ensino a distância, as atividades práticas serão realizadas presencialmente no setor de UTIN, individualmente. A carga horária do curso prevista é de 200 h, equivalentes a 100 dias, em que a instituição em questão fornecerá certificado à profissional que atingir o objetivo proposto, que poderá ser utilizado pela enfermeira em sua progressão funcional.

Recomenda-se que o momento mais adequado à sua execução no hospital em questão seja quando estiverem estabelecidas as profissionais efetivas do setor, outra sugestão relaciona-se à sua condução que preferencialmente deva ser efetuada em parceria entre a enfermeira coordenadora técnica da UTIN e as enfermeiras da educação permanente.

Esta sequência didática também tem viabilidade de uso em qualquer UTIN, assim como em cursos para estudantes de enfermagem ou para enfermeiros que tenham interesse de conhecer mais este universo. Podendo ser utilizada no formato apresentado ou adaptada conforme as características do local, situações vivenciadas e objetivos almejados.

## **2 ETAPAS OU FASES DO RELATÓRIO TÉCNICO**

### **2.1 Contextualizando a Formação**

Para apresentar a motivação, necessidade e o percurso dessa construção faz-se necessário contextualizar minha formação profissional, que de maneira direta e indireta influenciou no desenvolvimento e construção desse estudo, que tem como ponto de partida a necessidade de uma prática assistencial mais completa, sistematizada e ao mesmo tempo transformadora.

Graduei-me em enfermagem pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) em 2003, tendo uma formação tradicional e biomédica, baseada no higienismo e na educação sanitária. A especialização realizada logo após minha graduação foi na área de gestão de recursos humanos, abordando temas como gerenciamento de recursos humanos, planejamento e gestão estratégica, gestão para o empreendedorismo, estresse no trabalho, dentre outros, todos com um foco gerencialista.

No desenvolvimento da minha prática venho atuando em unidades hospitalares sobretudo, nas unidades de terapia intensiva – UTIs, porém, trabalhei três anos, entre 2006 e 2009 em Estratégia de saúde da família, na saúde indígena, aonde ao desenvolver as atividades educativas não conseguia ações que impactassem a população a ponto de gerar as mudanças de hábito necessárias ao controle ou estabilização das doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus. Naquele momento considerava estes usuários como resistentes às transformações, me deparando pela primeira vez com minha “situação-limite”. E assim, após muitas vivências, desafios e reflexões, retorno ao ambiente hospitalar, novamente em UTI, não pensando mais sobre os contratempos de outrora.

No ano de 2013, após completar o tempo mínimo exigido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) na assistência como enfermeira neonatologista, realizei o concurso da mesma associação, obtendo o título de enfermeira especialista em terapia intensiva neonatológica, chancelado pela Associação Brasileira de Enfermeiros em Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica e Neonatal (ABENTI).

Durante o exercício de chefia de enfermagem nos setores de UTIN e da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN), que eram desempenhados cumulativamente como enfermeira assistencialista da UTIN no período matutino, estive à frente do desenvolvimento do projeto para implantação dos protocolos assistenciais no setor de neonatologia.

A gestão era realizada por “colegiado”, em sua maior parte informalmente nos períodos de troca e passagem de plantão. Em diversas iniciativas busquei formalizar o espaço para efetivação dos colegiados utilizando como estratégia a mudança de horários em cada reunião, ora no período matutino, ora no vespertino, mas o que verifiquei foi uma participação pouco expressiva dos profissionais desta linha. Acreditava que estas tentativas de estimular a participação dos profissionais nos colegiados seriam suficientes, entretanto as presenças mais assíduas eram das enfermeiras da comissão de controle das infecções hospitalares (CCIH) e do enfermeiro do setor de materiais. Novamente percebia a dificuldade em lidar com o outro, não compreendendo os motivos de sua “resistência”.

## **2.2 Reflexões sobre a Prática**

O modelo de colegiado que conhecia se baseava naquele que participava da linha materno-infantil do HU-UFGD, que abrangia os setores do Pronto Atendimento da Ginecologia e Obstetrícia (PAGO), Alojamento Conjunto/maternidade, Centro Obstétrico (CO), UTIN e UCIN. Neste colegiado existia uma mediadora/apoiadora (ativista do parto humanizado) que era profissional do hospital e cedida para o Ministério da Saúde. Este fator permitia a concretização da ponte entre os atores locais e a gestão dos programas ministeriais, mais especificamente da rede cegonha, método canguru, rede amamenta Brasil, iniciativa hospital amigo da criança (IHAC).

A lógica utilizada tanto no colegiado materno-infantil, quanto no projeto para implantação dos protocolos assistenciais seguiam o modelo de rodas de conversa, em que se falava “para” os participantes sobre as “verdades correntes” nestas áreas, muitas destas verdades vinham em forma de resoluções, normativas e leis. Quando os participantes tentavam discutir suas dificuldades locais, sua falta de estrutura, eles logo eram desencorajados de suas posturas questionadoras por reações de rejeição às suas falas, com a justificativa que aquelas eram leis maiores e deveriam ser cumpridas de qualquer forma. Este formato não permitia o desenrolar de discussões necessárias que possibilitariam ao coletivo analisar a realidade e as resoluções para adequá-las e num momento posterior trazer soluções viáveis a estas questões.

Eu acreditava naquele método tradicional e na necessidade de manter aquela rigidez, compreendendo-os como únicos meios de atingir a assistência de qualidade, com níveis de excelência, pois havia “funcionado” para meu desempenho profissional desde minha formação inicial. Utilizando-me como parâmetro absoluto desconsiderava qualquer

manifestação contrária a estes princípios, não compreendia a alteridade. Esta não fazia sentido para mim, pois, de certa maneira, cumpria as regras existentes com grau de dificuldade relativamente baixo, e isto me dificultava compreender como os demais não o cumpriam. Neste período também acreditava que existia abertura da minha parte nas discussões com os demais profissionais.

Esta minha falta de entendimento do outro, me levava a supor que os profissionais que agiam diferentemente do perfil tradicional não tinham comprometimento com seu trabalho, me questionando quanto à ausência de compaixão ou de conhecimento necessários ao prestar assistência às crianças, por reconhecê-las como seres indefesos e dependentes de um cuidado atencioso, zeloso e de qualidade essenciais para sua chance de recuperação e sobrevivência sem sequelas. Ficando evidente minha limitação de parâmetros para avaliar a complexidade que envolve as relações humanas.

Estava novamente diante de minha “situação-limite” por não dispor de sensibilidade para perceber a existência de outras possibilidades laborais e educativas além das tradicionais ao qual havia sido exposta em minhas vivências. Nesta época a divisão de enfermagem do HU-UFGD nos solicitou a implantação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) na UTIN para cumprir um termo de ajuste de conduta firmado com o COREN-MS. Este fato me trouxe novas inquietações. Eu não tinha conhecimento aprofundado sobre a SAE. Nesta temática, minha formação tinha se estruturado em conhecimentos fracionados sobre diagnósticos de enfermagem em algumas atividades práticas. Nós delimitávamos os diagnósticos de enfermagem a partir de listas de problemas que direcionavam as prescrições de enfermagem sem muita individualização de cada caso. Além disso, desde a graduação não havia retomado leituras sobre esta temática.

Comecei a me indagar como seria a implantação da SAE se acreditava que alguns profissionais não eram totalmente comprometidos com a assistência. No momento, minha visão era que eles não tinham interesse em suas atividades. Para chegar a esta conclusão utilizava apenas a avaliação do fator financeiro, muito aludido por gestores, ignorando outros fatores. Também considerava que todos tinham escolhido a profissão por vocação. Eu partia do princípio que recebíamos os maiores salários da região, para exercer atividades que nos davam prazer, pois acreditava que a enfermagem havia sido uma “escolha” consciente de todos.

Surgiu-me a ideia de concorrer à vaga do Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da UEMS com intuito de encontrar as ferramentas necessárias para conseguir implantar a

SAE nas unidades neonatais do HU-UFGD, cumprindo a solicitação da divisão de enfermagem.

Estudando sobre a política de educação permanente, consolidada em 2004 percebi uma possibilidade de tratar deste tema tão desafiador junto às enfermeiras das unidades sob minha responsabilidade. Foi, também, neste período que alterei a temática escolhida para abordar o processo de enfermagem (PE) e delimitar os sujeitos apenas nas enfermeiras da UTIN, por entender que a SAE é um conceito mais amplo que envolve mecanismos de gestão da prática do cuidado de enfermagem, que considera seu processo de ordenar o trabalho, o dimensionamento de pessoal quantitativa e qualitativamente, os recursos disponíveis e os instrumentos a serem utilizados. Portanto, estando além de minha capacidade de atuação e competência.

Meus questionamentos giravam em torno da seguinte questão maior: como estimular a enfermeira a se empoderar de sua ferramenta de trabalho para transformar sua realidade? Como atingir a “práxis” mencionada por Freire (1987) em suas obras? Quais estratégias seriam necessárias para tal?

As aulas do mestrado, na disciplina de Educação em Saúde, fomentaram leituras e discussões acerca das práticas educativas realizadas no Brasil desde o período do higienismo. Que de acordo com trabalho de Rocha (2003) este intervalo data o século XIX, mais precisamente 1918 até a contemporaneidade e sofreu forte influência norte-americana.

A partir destas aulas fui me atentando para os resquícios do higienismo em minhas práticas de trabalho. Rocha (2003) e Renovato e Bagnato (2012) relatam as características do higienismo descrevendo-as como práticas autoritárias, dogmáticas, normatizadoras e antidualógicas.

Esta percepção me remeteu a lembrança de falas de alguns profissionais que trabalhavam comigo sobre minha postura autoritária e absolutista como um fator dificultador ao diálogo, porém, no período em que havia sido alertada aquelas falas não faziam nenhum sentido para mim. Julgava que como havia sido formada por este modelo, assim como as outras enfermeiras mais antigas que trabalhavam comigo e a chefe médica – que eram minhas referências – percebia este perfil como sendo o necessário para profissionais que trabalham em UTI. Ao compreender as características do higienismo e percebê-las em minhas ações as ponderações dos meus colegas de trabalho ficaram claras, sendo tomada por um *insight*.

Outro esclarecimento ocorreu ao me deparar com o trabalho de Franco, Druck e Silva (2010). Pude constatar que minhas análises do outro eram permeadas e influenciadas negativamente pela “excelência organizacional”. As minhas posturas e discursos estavam

impregnados de atitudes violentas, com sentimento de superioridade, perfeição e competitividade, mesmo que de forma velada, pois tinha como “certa” apenas uma verdade. Não respeitava as diferenças e não buscava entender o outro, sua origem, suas motivações, potencialidades e dificuldades. Iniciando neste momento meu processo de despertar.

Freire (1987, p.63) escreve este alargamento do olhar sobre as nossas próprias ações em seu livro *a Pedagogia do Oprimido*:

Ao terem a percepção de como antes percebiam, percebem diferentemente a realidade, e, ampliando o horizonte do perceber, mais facilmente vão surpreendendo, na sua “visão de fundo”, as relações dialéticas entre uma dimensão e outra da realidade.

Ele traz à tona a questão da “inconclusividade” do sujeito e a potência da educação como uma prática libertadora e transformadora, como um instrumento político-pedagógico que pode permitir ao sujeito vir a “ser mais” que já fora outrora, ampliando sua visão do mundo e transformando seu fazer (FREIRE, 1987). Fazendo a seguinte afirmação:

(...) os homens são seres da práxis. São seres do que fazer, diferentes, por isto mesmo, dos animais, seres do puro fazer. Os animais não “ad-miram” o mundo. Imergem nele. Os homens, pelo contrário, como seres do que fazer, “emergem” dele e, objetivando-o, podem conhecê-la e transformá-la com seu trabalho (FREIRE, 1987, p.70).

Ao nos percebermos na posição de seres “inconclusos” podemos exercitar constantemente este refletir de nossas atuações práticas vislumbrando avançarmos na leitura do mundo que nos cerca, buscando alternativas para sua transformação (FREIRE, 1987).

Esta situação de inconclusividade é reforçada pelos pressupostos de Vygotsky, corroborado na produção de Silva (2008), em que o sujeito tem possibilidade de se desenvolver ao longo da vida, explicitado em seu conceito de zona de desenvolvimento proximal. Ele afirma que o sujeito se desenvolverá na atuação sobre objetos em seu entorno, mesmo que de forma inconsciente, reforçando que a história de seu desenvolvimento depende de sua natureza histórico-cultural.

Em meio a estas novas descobertas, reflexões e atividades educativas realizadas que se desenvolve esta experiência narrada neste relatório técnico.

### **2.3 Apresentando o cenário, os sujeitos e sua historicidade**

Acreditamos ser importante descrever o cenário, os sujeitos e sua historicidade para contextualizar como se dá o processo de trabalho e as relações de poder específicos da UTIN. Por se tratar de um espaço muito especializado dentro de uma instituição hospitalar, cremos

que esta apresentação é necessária principalmente para localizar ao público da área de ensino em qual território se efetiva este estudo.

No ano de 2003, após dez anos de construção, é criada a Santa Casa de Dourados. Os serviços de saúde ofertados eram consultas ambulatoriais com especialistas, além de pequenas cirurgias. A gestão era exercida pela Sociedade Douradense de Beneficência (SODOBEN). Em 2004, após muitas reuniões, há ampliação das atividades oferecidas à população. Iniciam-se as internações hospitalares e a instituição passa a se chamar Hospital Universitário de Dourados, sendo mantido pela prefeitura através da Fundação Municipal de Saúde (FMS) (AZEVEDO *et al*, 2013/2014).

Criado inicialmente, como uma iniciativa política municipal do prefeito da época com intuito de ser transferido à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), para dar suporte aos cursos da área da saúde e humanas desta instituição. Em 2005 a Universidade Federal da Grande Dourados é criada e após sua estruturação, recebe a transferência do hospital em 2008, por meio da lei municipal nº 3.118/2008, passando a ser um hospital-escola e tendo o nome de Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD) em 01 de janeiro de 2009 (AZEVEDO *et al*, 2013/2014).

Atende a população de Dourados e de sua macrorregião somando um total de 33 municípios da região Sul do estado. Contando com clínica médica e cirúrgica, UTIs adulto e pediátrica, pediatria e serviços ambulatoriais em diversas especialidades. Os serviços prestados eram contratados via FMS por meio de processos seletivos por tempo determinado. Em 2010 é realizado o primeiro concurso público federal permitindo que o hospital trabalhasse com duas formas de vínculo, os estatutários pelo regime jurídico único (RJU) e os contratados por tempo determinado pela consolidação das leis do trabalho (CLT) via FMS. (AZEVEDO *et al*, 2013/2014)

Em dezembro de 2010, o hospital recebe do município o Hospital da Mulher, devendo agregar em seu espaço existente o serviço de ginecologia e obstetrícia e alta complexidade materno-infantil. Contando com PAGO, alojamento conjunto/maternidade, CO, UCIN, UTIN e ambulatório de acompanhamento de recém-nascido (RN) de risco. Em 2011 o HU-UFGD estabelece um contrato com a empresa brasileira de serviços hospitalares (EBSERH) sob a forma da Lei 12.550/2011, passando a administração do órgão para esta entidade, sendo realizado novo concurso para os profissionais no ano de 2013 e chamada em 2014. Criando-se novo tipo de vínculo baseado na CLT, por tempo indeterminado (AZEVEDO *et al*, 2013/2014).

Por meio da Portaria número 349 de 29/04/2015, publicado no boletim de serviço da UFGD de nº 1828, nos termos do ofício circular nº 03/2014 – DGP/EBSERH/MEC de 24/03/2013 e do contrato nº 30 celebrado entre a UFGD e a EBSERH, ocorre a cedência dos profissionais do HU-UFGD para a EBSERH. Nesse contexto de transição, instabilidades e alterações gerenciais que ocorre este estudo.

### **2.3.1 O Cenário da Unidade de Terapia Intensiva em Neonatologia – UTIN**

A UTIN do HU-UFGD possui 10 leitos credenciados ao SUS, tendo, frequentemente, sua capacidade extrapolada até o máximo de 15 leitos. É um serviço referenciado para macrorregião de Dourados e funciona no sistema de “porta aberta”, por esta razão impossibilita a recusa de qualquer RN de sua área de abrangência que necessite de cuidados intensivos.

A unidade não dispõe de espaço físico necessário para abrigar todos os equipamentos exigidos pela Resolução nº 7 e quando está com pacientes acima de sua capacidade inicial torna a atividade mais complexa devido à necessidade de uma atenção redobrada da equipe, pelo risco maior de infecção e iatrogenias, acarretando mais estresse aos profissionais.

Em levantamento preliminar dos livros de registro de internação da UTIN do HU-UFGD, no período de 31 de dezembro de 2010 até 31 de março de 2015, observou-se que das 1.616 internações, o diagnóstico médico mais comum foi a prematuridade, totalizando 1.066 ou 66% da população este dado é corroborado pelos estudos de Pedron e Bonilha (2008) e Rocha *et al.* (2015). Também se constatou que a maior parte dos pacientes internados é proveniente das demais cidades da macrorregião de Dourados (90%) demandando da unidade hospitalar um local para que as mães fiquem alojadas. Outro fator gerador de estresse para equipe que se encarrega de realocar as mães, a cada nova internação de pacientes de outra cidade, nas camas que estão disponibilizadas, pois não existe local apropriado para este fim, sendo ofertadas enfermarias e a antiga brinquedoteca da pediatria.

A UTI, de acordo com a Resolução nº 7 de 2010 do Ministério da Saúde, é uma área crítica destinada à pacientes graves que necessitam de uma assistência especializada de forma contínua, com tecnologias específicas para o diagnóstico, monitorização e terapia do paciente (BRASIL, 2010).

As primeiras UTIs brasileiras datam do início da década de 1970, em São Paulo, com a implantação da UTI no Hospital Sírio Libanês (1971) com 12 leitos. Já havia uma organização e estruturação física que objetivava a segurança e atendimento adequados ao

paciente gravemente enfermo, uso eficiente e racional do pessoal da enfermagem e dos materiais, além de recurso para o ensino e pesquisa, visando abandonar as atividades tarefas (GOMES, A., 2011).

De acordo com Narvey, Fletcher (2007) a neonatologia é um ramo da pediatria que atende recém-nascidos até completarem 28 dias de vida, devendo se realizar o cálculo da idade corrigida quando nascem prematuros. Considera-se prematuro o neonato que nasce com idade gestacional igual ou menor de 36 semanas e seis dias (259 dias).

Segundo Brasil (2012), a UTIN é o setor responsável por atender recém-nascidos (RN) que estejam graves ou apresentem risco de morte. Nesta categoria se enquadram todos os prematuros extremos (nascidos abaixo de 30 semanas de idade gestacional ou abaixo de 1.000 gramas), todos RN que estejam em sepse ou com distúrbio de coagulação, independentemente da idade gestacional, aqueles que estejam em insuficiência respiratória aguda demandando de ventilação mecânica, os RN malformados com necessidade cirúrgica, de nutrição parenteral ou de prostaglandina e/ou RN que precisem de drogas vasoativas ou exsanguinotransfusão.

O atendimento ao bebê grave passou por diversas transformações históricas e políticas com seu início na França, em meados do século XIX, antes de chegar a este modelo de organização conhecido atualmente (RODRIGUES, OLIVEIRA, 2004; OLIVEIRA, RODRIGUES, 2005; SÁ, RODRIGUES, 2010).

Primitivamente a vida da criança não era valorizada na sociedade, sendo ignorada também pela classe médica, prevalecendo um sentimento de seleção natural que oportunizava o alto índice de mortalidade infantil. Os mais relegados eram os malformados e os prematuros, que recebiam rótulos de “fracotes” ou “ratinhos” (RODRIGUES, OLIVEIRA, 2004; AVERY, 2007).

A alta taxa de mortalidade infantil e a baixa taxa de natalidade levou os europeus temerem o despovoamento e perdas territoriais, iniciando processos de discussão para alteração desta realidade (RODRIGUES, OLIVEIRA, 2004). Associando-se a este fator ao advento do mercantilismo, ficou evidente a mudança de concepção da infância, valorizando-a, pois já se vislumbrava uma mão de obra produtiva, além de consumidora e fortalecimento do exército (ZANOLLI, MERHY, 2001; COSTA *et al*, 2010).

Então a medicina, indo ao encontro dos anseios burgueses da época e com apoio do Estado, vendo uma possibilidade de seu saber poder ser desenvolvido nesta nova área se apropria do corpo do neonato para que novos conhecimentos fossem descortinados, com olhar biológico, higiênico, curativista, focado nas doenças (ZANOLI, MERHY, 2001; COSTA *et al*, 2010; COSTA, PADILHA, 2012).

O início das pesquisas na área neonatal ocorre através do obstetra francês Tarnier pela introdução do uso da incubadora ao cuidado deste paciente. Copiando o princípio da chocadeira ele visava proporcionar um ambiente menos inóspito ao RN. Seu aluno Budin prossegue nas descobertas da neonatologia ao realizar o acompanhamento ambulatorial dos bebês após a alta, criando o ambulatório de puericultura ou de seguimento de crescimento e desenvolvimento neonatal, também conhecido como *follow-up* (RODRIGUES, OLIVEIRA, 2004; OLIVEIRA, RODRIGUES, 2005; SÁ, RODRIGUES, 2010).

A princípio não havia um local apropriado para a assistência neonatal, sendo que muitos orfanatos foram adaptados para atenderem ao prematuro, assim como as maternidades que passaram a assistí-los. A primeira unidade exclusiva a atender RN foi a Sarah Morris Premature Center, em 1922. Julius Hess era o pediatra renomado que influenciava o atendimento neonatal neste período, tendo lançado o seu compêndio “Doenças de crianças prematuras e congênitas” (RODRIGUES, OLIVEIRA, 2004). Além disto, ele prestava assistência conjuntamente com a enfermeira Evelyn Lundeen, escrevendo um artigo que afirmava que os melhores resultados no cuidado à criança prematura poderiam ser obtidos quando prestado por enfermeiras bem treinadas iniciando aí o processo de especialização da enfermagem (RODRIGUES, OLIVEIRA, 2004; SÁ, RODRIGUES, 2010).

No Brasil, a Policlínica Geral do Rio de Janeiro iniciou o cuidado às crianças, sendo que Artur Moncorvo de Figueiredo solicitou ao governo, criar nas faculdades de medicina a cadeira de clínica de moléstias de criança. A creche senhor Alfredo Pinto também atendia com duas incubadoras e primeiros berçários surgiram em 1945. Com os berçários os prematuros foram privados do contato com os pais, havendo o mínimo de intervenções e manuseio visando à prevenção de infecções. As UTINs surgiram oficialmente na década de 1980 por conta de determinações político-assistenciais (RODRIGUES, OLIVEIRA, 2004; COSTA, PADILHA, 2010; SÁ, RODRIGUES, 2010; COSTA, PADILHA, 2012).

Na área médica, principalmente, houve uma preocupação em desenvolver os conhecimentos biológicos, além de medicamentosos permitindo o progresso tecnológico, acentuando-se após a segunda guerra mundial, com o advento da microbiologia, observando um modelo hospitalocêntrico, biomédico com o cuidado focado na doença, trabalho direcionado à sobrevivência dos neonatos, tendo seu controle e vigilância exercidos pelo Estado (COSTA *et al*, 2010; COSTA, PADILHA, 2010).

Primeiro os médicos obstetras desenvolveram as incubadoras, iniciaram o processo de credeização ocular com nitrato de prata colírio para evitar a oftalmia neonatal gonocócica. Apresentaram indicadores que correlacionavam as paralisias cerebrais aos tocotraumas nos

partos distócicos, introduziram o acompanhamento pré-natal em busca de tratar as doenças perinatais visando prevenir a transmissão vertical de infecções congênicas e passaram o atendimento do RN para o pediatra (RODRIGUES, OLIVEIRA, 2004).

Os pediatras avançaram nas técnicas assépticas, nos serviços de transporte e alimentação via sonda nasal. Evoluíram no conhecimento de fórmulas lácteas e leite materno, descreveram o desenvolvimento neurológico do lactente prematuro, além de desenvolverem a técnica de exsanguinotransusão para a hemólise causada pela hiperbilirrubinemia neonatal (RODRIGUES, OLIVEIRA, 2004).

Isolaram o neonato em ambiente controlado (início dos berçários), desenvolveram as tendas de oxigênio (caixa de Hood), descreveram as principais afecções respiratórias neonatais (síndrome da angústia respiratória, síndrome da membrana hialina por ausência de surfactante). Identificaram a incompatibilidade sanguínea materno-fetal, desenvolveram a fototerapia e a cateterização umbilical com cateter de polietileno para exsanguinotransusão, desenvolveram o ventilador mecânico para o RN, criaram a escala de APGAR e o surfactante (RODRIGUES, OLIVEIRA, 2004).

Um discurso que ficou muito marcado foi o da puericultura. Utilizou-se da pedagogia, psicologia e higienismo, em seu tom “doutoral” conferido pelo desenvolvimento microbiológico, tornando as regras e normas ditadas pelo médico as únicas legítimas socialmente. Responsabilizando a mãe de assegurar o futuro da criança e da sociedade. Seus saberes médicos tornaram-se dogmas indiscutíveis de como criar crianças e às mães eram lançadas culpas pelas más condições de saúde, desvalorizando qualquer conhecimento prévio que ela tivesse (ZANOLLI, MERHY, 2001). O discurso da enfermagem, similarmente, seguia este padrão higienista, a enfermeira orientava a mãe sobre “cuidados (...) com seus filhos, com objetivo de combater a mortalidade infantil” (SOUZA, OLIVEIRA, 2004, p. 248).

O conhecimento produzido pela enfermagem brasileira na área neonatal é novo e emergente (COSTA, PADILHA, MONTICELLI, 2010). Foi dividido em dois momentos, antes e após 1979. Os estudos produzidos de 1937 até 1979 tratam da descrição das enfermeiras sobre os cuidados desenvolvidos por elas ao realizar a assistência neonatal. Apresentam um discurso sobre suas atividades demonstrando uma percepção de saúde com caráter puramente biológico. Foram divididos em três categorias, a saber: cuidados diretos básicos, cuidados diretos específicos e cuidados indiretos (OLIVEIRA, RODRIGUES, 2005).

Os cuidados diretos básicos são: higiene corporal; cuidado com o coto umbilical; verificação do peso e sinais vitais; alimentação e hidratação; observação das eliminações e orientações aos pais. Os cuidados diretos específicos são: isolamento;

complicações do trato gastrointestinal e do tegumento; prematuridade; infecções e síndromes respiratórias; pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca; e osteogênese *imperfecta*. Os cuidados indiretos são: cuidados relacionados com o ambiente do berçário, materiais, equipamentos e pessoal (OLIVEIRA, RODRIGUES, 2005, p. 499).

Estes mesmos estudos revelam que as enfermeiras foram aprendendo em serviço, conforme cuidavam do RN desenvolviam habilidades com as patologias e a tecnologia presentes, fazendo o melhor com as condições existentes (COSTA, PADILHA, 2012). Muitos textos publicados por elas enfatizavam os altos índices de mortalidade infantil e analfabetismo, todavia não analisavam criticamente os dados, tampouco articulavam a relação entre as condições socioeconômicas e a saúde da população (SOUZA, OLIVEIRA, 2004).

Com o movimento de reforma sanitária observou-se nos enfermeiros uma necessidade de ampliar seu olhar além dos conhecimentos biológicos sobre o neonato. Os estudos promovidos de 1979 até 2006 abordam três categorias temáticas: a família que acompanha os cuidados ao RN, a equipe que atua no cuidado ao RN e cuidado centrado nos aspectos fisiológicos do RN, demonstrando nestes profissionais o interesse em compreender melhor também os processos relacionais/emocionais (COSTA, PADILHA, MONTICELLI, 2010).

É indiscutível a importância dos conhecimentos gerados pelos neonatologistas/pediatras e obstetras relacionados aos mecanismos fisiopatológicos das doenças gestacionais, fetais, perinatais e neonatais. Estes foram imprescindíveis para o desenvolvimento tecnológico nestas áreas, possibilitando redução da morbimortalidade na população neonatal, com uma sobrevivência de recém-nascidos cada vez mais prematuros (COSTA, PADILHA, 2010; COSTA, PADILHA, 2012).

No entanto, esta rica estrutura tecnológica trouxe muitos desafios, pois gerou um ambiente ruidoso, movimentado, rígido, agressivo e invasivo. Nesta estrutura complexa vários profissionais foram agregando seus conhecimentos ao cuidado do neonato desordenadamente, repercutindo em múltiplas manipulações e intervencionismo. Na prática foram observadas dificuldades para o desempenho de um atendimento humanizado e integral, tornando-o fragmentado (OLIVEIRA *et al*, 2006; SÁ, RODRIGUES, 2010).

A tecnologia trouxe também a objetificação e impessoalidade do cuidado (SÁ, RODRIGUES, 2010). O foco do cuidado foi direcionado apenas aos aspectos fisiopatológicos, em detrimento dos psicossociais. Os profissionais de saúde se apropriaram de seu objeto de trabalho, ou objeto de seu cuidado, o RN, gerando muitos saberes e discursos que estruturaram relações de poder e de micropoder na UTIN (COSTA, PADILHA, 2012).

Para compreender um pouco mais esta questão de poder voltamos à década de 1950. Neste período observou-se uma bifurcação na saúde e oposição entre os aspectos preventivos e os curativos. Claramente foi observado o apoio político do governo da época ao setor hospitalar, permitindo que este exercesse função central na assistência à saúde. Este apoio foi inclusive material, com recebimento de diversos recursos possibilitando o movimento de especialização, caracterizado por seu emprego intensivo de equipamentos e medicamentos, focando a atividade de saúde na cura e nos aspectos biológicos e tornando um local de geração de saberes (SOUZA, OLIVEIRA, 2004).

O hospital é um ambiente onde ocorre o desenvolvimento dos saberes, estes saberes, ao se afirmarem, constituem as relações de poder. No transcorrer das relações de trabalho existentes no hospital, vão se formando e consolidando relações de poder e dominação. O conflito configura estas relações de poder e a partir dele, das resistências e das negociações o processo de aprimoramento do conhecimento científico e desenvolvimento do processo de cuidar vai se constituindo, criando discursos que circularão neste ambiente (GALVA, SCOCHI, 2004; COSTA, PADILHA, 2010).

Culturalmente falando o hospital é um ambiente de saúde em que se valoriza a cura. Apesar de pequenas mudanças recentemente, a maioria dos saberes desenvolvidos neste espaço focam nos aspectos biológicos e curativistas. O médico é o profissional que se utiliza da cura como instrumental de trabalho, tornando soberano seu discurso neste ambiente (GALVA, SCOCHI, 2004).

Ele dita as ações, prescrevendo a terapêutica e instituindo o ritmo a ser seguido. Os demais profissionais têm autonomia relativa neste ambiente, sendo muitas vezes conseguida na base da resistência, de conflitos e negociações entre os profissionais. Os outros saberes, existentes no hospital, são os micropoderes (GALVA, SCOCHI, 2004).

Em estudo realizado em uma UTIN o processo de trabalho observado para produzir cuidados é coletivo, em que os profissionais de saúde compartilham o RN como objeto de trabalho. A maioria das ações é realizada isoladamente por profissional, há falta de planejamento e a comunicação que muitas vezes falha permite que a atividade ocorra de forma parcelada, desarticulada ou oposta aos objetivos esperados entre estes atores (GALVA, SCOCHI, 2004).

A médica realiza a visita médica para processar seu diagnóstico e prescrever todo o tratamento aos demais profissionais. A enfermeira coordena, orienta e supervisiona o pessoal da enfermagem, outros funcionários e o ambiente, além de mediar a comunicação entre os profissionais e demais setores do hospital, deve também zelar pelo cumprimento das normas

da instituição. As técnicas de enfermagem executam os trabalhos manuais de baixa complexidade (GALVA, SCOCHI, 2004).

A fisioterapeuta avalia, decide e executa os procedimentos de fisioterapia do paciente após indicação médica; em alguns procedimentos necessita do auxílio da enfermagem. A assistente social atua, após solicitação médica ou da enfermagem, em situações com problemas sociais, financeiros e nos preparos de altas em situações de vulnerabilidade. A farmacêutica atua na farmácia conferindo e separando as medicações, discutindo com o médico as divergências, principalmente na falta de algum item, para verificar a possibilidade de substituição (GALVA, SCOCHI, 2004).

A psicóloga atua nos grupos e em casos pontuais, solicitados pela enfermagem ou pelo médico. A fonoaudióloga atua nos processos de avaliação e exercícios com o RN para uma pega adequada da mama, após liberação médica. Na equipe multiprofissional o médico coordena e supervisiona a ação dos demais participantes da equipe, sendo o centro de multiplicação de um saber que lhe confere poder dentro da unidade hospitalar (GALVA, SCOCHI, 2004).

Este estudo demonstra a realidade observada em muitas UTINs do Brasil e em particular representa o processo de trabalho existente no HU-UFGD.

### **2.3.2A enfermeira e as competências exigidas para atuar na UTIN**

A equipe de enfermagem sofreu variações desde o início do estudo, até o fechamento deste relatório, por se tratar de um período de transição. A priori o setor contava com duas enfermeiras em cada turno, funcionando em dois turnos diurnos de seis horas e dois turnos noturnos de 12 horas (turnos de 12x36h), na intenção de evitar falta deste profissional nas folgas, férias e atestados. Contudo, durante o fechamento deste relatório novamente as enfermeiras retornaram um quantitativo de um por turno, após uma tentativa mal sucedida da gestão em remanejar os cuidados dos neonatos apenas por enfermeiras, como vem ocorrendo nas demais UTIs do hospital.

A lei do exercício profissional 7.498/1986 é o instrumento ético principal para direcionar as atividades da equipe de enfermagem. Por se tratar de uma classe com diferentes graus de habilitação, pode ocorrer uma fragmentação do cuidado ao realizar a divisão de tarefas conforme as competências e possibilidades de atuação deste profissional a depender do dimensionamento de pessoal. A enfermeira pelas características de sua formação tem autoridade para exercer todas as atividades da equipe.

Estudos encontrados, como os de Camelo (2012) e Presotto *et al*, (2014), elencam uma variedade de competências que devem ser desenvolvidas por enfermeiras de UTI para que desempenhem bem seu ofício. As complexidades e singularidades observadas neste ambiente exigem que ele vá desenvolvendo quatro dimensões.

As dimensões são a assistencial, gerencial, educacional e de pesquisa. Na perspectiva assistencial a enfermeira utiliza seus conhecimentos técnico-científicos e éticos visando prestar um cuidado integral e que respeite a individualidade do usuário. Necessita ter empatia e cuidado com os profissionais para que este se reflita no cuidado ao usuário. Deve levar em conta suas atividades privativas, como sondagem nasoenteral, punção de jugular, transporte intra-hospitalar e cuidados aos pacientes graves, assim como outras atividades de maior complexidade técnica que demandem conhecimento científico e necessidade de tomada de decisão imediata. Suas ações podem ser mais bem desenvolvidas utilizando o PE. Pode ser percebido que a integralidade da assistência é o foco principal da enfermeira quando esta se esforça em prestar os cuidados diretos aos pacientes graves, respeitando os preceitos descritos no seu código de ética (CAMELO, 2012; COFEN, 1986; PRESOTTO *et al*, 2014).

Na frente gerencial ela tem necessidade de fazer a gestão do cuidado assistencial por meio do PE. Diariamente há o planejamento e tomada de decisões relacionadas ao setor como um todo. Espera-se da enfermeira liderança e habilidade de comunicação ao lidar com a equipe, pois nesta articulação e negociação todos os atores devem ser valorizados buscando um cuidado integrado com foco nas necessidades do usuário. Avalia-se a proporção dos recursos humanos disponíveis em relação à quantidade de usuários e suas complexidades; a quantidade e qualidade dos recursos materiais e funcionamento dos equipamentos, com avaliações e notificações das não-conformidades. Necessária organização quanto as prioridades dos exames e atividades para o melhor atendimento dos usuários visando a equidade e resolutividade. Realiza a supervisão das ações das técnicas de enfermagem no desempenho das atividades prescritas e/ou de rotina para que sejam realizadas da maneira mais adequada e acompanhamento dos prontuários e encaminhamento ao faturamento em tempo hábil, evitando glosas e perdas financeiras (CAMELO, 2012; PRESOTTO *et al*, 2014).

O enfoque educativo envolve as atividades desenvolvidas com discentes/docentes, profissionais de saúde e usuários/familiares. As práticas educativas em saúde podem ser desempenhadas, seja exercendo a educação permanente em serviço, ou a educação continuada aos profissionais de saúde/estudantes; ou até nas orientações aos usuários/familiares. Ao abordar o familiar há necessidade da enfermeira ter disponibilidade e sensibilidade para perceber as dúvidas existentes. Ela deve utilizar uma linguagem clara para auxiliá-lo na

compreensão dos eventos vivenciados na UTIN. Seu objetivo é trazer mais conhecimento visando uma assistência mais qualificada e empoderamento (CAMELO, 2012; PRESOTTO *et al*, 2014).

Em relação à pesquisa observa-se uma demanda premente das enfermeiras para que consigam aproximação da teoria/academia, integração ensino serviço, com vistas a subsidiar o processo de cuidar, tornando-o mais reflexivo. Porém há necessidade de desenvolvimento de algumas habilidades pouco usuais a prática da enfermeira. Como a destreza e percepção necessárias para a condução do projeto de acordo com tipo de estudo mais adequado a cada caso e objetivo; prática na busca de dados bases primárias e secundárias, avaliando criticamente as fontes e perícia na escrita científica para comunicar as informações de forma ética (PRESOTTO *et al*, 2014).

A enfermagem é a profissão que lida diretamente com o paciente as 24 h do dia, e o ambiente de UTI pela característica de atender pacientes graves algumas vezes não dispõe de recurso terapêutico para sobrevivência, o fato de ser uma UTIN e o público ser infantil exige um grau elevado de equilíbrio emocional e resiliência destes profissionais. Muitas delas se envolvem com os pacientes agindo como se fossem suas mães (como uma regra do ofício). No momento em que estes pacientes morrem, devido à proximidade e vínculo existente, muitos se questionam se realizaram todas alternativas existentes, se não cometeram erros e coisas do tipo, buscando sentido para a morte no início da vida, gerando sofrimento. Este é um aspecto que reforça a necessidade desta população ser acompanhada por psicólogos organizacionais para manterem sua estrutura psíquica mais íntegra possível (OLIVEIRA *et al*, 2006; BRASIL, 2011; GOMES, L., 2011).

### **3 DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM**

Para o desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem, com vistas à discussão do processo de enfermagem na UTIN, optamos pelo estudo qualitativo do tipo pesquisa-intervenção. Os sujeitos ou participantes do estudo são as enfermeiras deste setor. Foi solicitado apoio logístico à Unidade de Educação Permanente. Inicialmente foram convidadas todas as enfermeiras da UTIN do HU-UFGD para a participação no estudo, totalizando oito profissionais, estabelecendo assim, um espaço para elas discutirem sua prática coletivamente e decidirem os rumos de seu processo de trabalho. Utilizamos uma abordagem dialógica, problematizadora, com vistas à aprendizagem significativa para favorecer o envolvimento dos sujeitos no processo de construção de ações que direcionem a implantação do PE na UTIN do

HU-UFGD, visando à transformação da prática de enfermagem. Consideramos a aprendizagem significativa com base na teoria de David Ausubel (1980), que estabelece a aprendizagem por meio de significados, de conceitos e experiências. A aprendizagem significativa exige de cada um a necessidade de conectar o conhecimento novo com um conhecimento prévio, já existente (TAVARES, 2004).

A proposta inicial buscava trabalhar a temática do PE utilizando os princípios de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde criada pela Portaria GM nº 198/2004, porém ao me aproximar mais desta política pude perceber que seus objetivos vão muito além de propor a prática reflexiva em serviço, no serviço e para o serviço, sendo uma estratégia político-pedagógica. Busca uma mudança de paradigmas, além da prática reflexiva, o fortalecimento dos coletivos e das relações horizontalizadas, empoderamento dos sujeitos, estando ancorada em quatro pilares para seu sucesso: a formação, a gestão, a atenção e o controle social (ACIOLE, 2016; PORTELA, SALES, RENOVATO, 2016). Importante que a gestão estivesse empenhada também neste propósito, dando suporte estrutural para que se viabilizasse este estudo.

Procuramos proporcionar um ambiente em que ocorresse a aprendizagem significativa. Conforme Moreira (2010) que proporciona a troca entre os atores apresentando conceitos do para serem aproximados de conceitos já existentes na concepção de cada participante para que eles fossem internamente trabalhados, assimilados e reordenados. Neste estudo, durante as atividades educativas, trouxemos os conceitos do PE para ocorrer esta reordenação.

Os encontros para o desenvolvimento do processo educativo foram inicialmente planejados em conjunto com o grupo composto por oito enfermeiras assistencialistas da UTIN, sendo definido o período noturno, especificamente na noite dos enfermeiros que moravam fora da cidade de Dourados, no início da semana, visando a participação integral dos sujeitos.

Em relação a formação, este grupo era composto por duas enfermeiras com título de especialistas em UTIN pela AMIB/ABENTI e duas enfermeiras especialistas em pediatria/neonatologia na modalidade residência de enfermagem, dois tinham experiência de dois anos de trabalho nesta UTIN, duas tinham experiência de um ano na UTIN desta instituição, sendo que destas uma tinha também um ano na UCI do HU-UFGD. Deste total três enfermeiras formavam a equipe desde a inauguração do setor de neonatologia no HU-UFGD, em 2010.

O processo de ensino-aprendizagem foi desenhado levando em consideração as dificuldades levantadas por estas profissionais visando criar consenso sobre o PE, tendo em

vista que elas haviam se formado em instituições de ensino com diferentes concepções e abordagens sobre a temática. Não tínhamos intenção de levantar conhecimentos sobre a neonatologia devido ao tempo de experiência e os conhecimentos acumulados das profissionais do setor, focando apenas no PE. Procuramos versar sobre a história, o conceito de processo de enfermagem, a legislação e suas etapas, sobre a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta, o raciocínio clínico, o sistema de linguagem padronizado; detalhar as etapas de histórico de enfermagem com seus modelos de impressos, os resultados de enfermagem e a utilização da NOC, as intervenções de enfermagem e a utilização da NIC e levantar as diferenças de evolução e anotação de enfermagem. Ao delimitar estes conteúdos de aprendizagem de acordo com as tipologias definidas por Zabala (1998), percebemos um predomínio de conteúdos conceituais e procedimentais, seguidos de factuais e uma minoria atitudinais. Percebendo que não conseguiria atingir a transformação almejada.

O projeto, em respeito a Resolução normativa nº 466/2012 que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, ficou aguardando liberação do comitê de ética e pesquisa (CEP), obtendo sua aprovação em 14 de junho de 2016 pelo CEP UEMS com protocolo número 1.588.786 (anexo A). Manteve o cronograma estabelecido para as atividades educativas se iniciarem em julho de 2016 e encerrarem em outubro de 2016.

Neste íterim houve alterações na composição da equipe de enfermagem no setor estudado, uma enfermeira especialista saiu devido à licença maternidade e as outras três foram remanejadas em atendimento às mudanças da política gerencial da unidade hospitalar. O novo processo gerencial vindo com a EBSERH empresa pública de direito privado, criada com a lei Federal 12.550/2011 vem com uma proposta de modelo gerencialista, preferindo pela contratação de profissionais via CLT, em detrimento ao concurso público. De acordo com trabalho de Chiavegato e Navarro (2012) o modelo gerencialista permite uma fragilização dos vínculos trabalhistas e consequente precarização de trabalho, assim como valorização das leis de mercado capitalistas, exigindo cada vez mais dos profissionais rendimentos, com sobrecarga de trabalho, acentuando a individualização, competitividade e enfraquecimento dos coletivos.

O novo grupo do setor era composto por dois enfermeiros com experiência de dois anos de trabalho nesta UTIN, duas enfermeiras com experiência de um ano na UTIN desta instituição, sendo que destas uma tinha também um ano na UCI do HU-UFGD e quatro enfermeiros sem experiência em neonatologia, todas em regime de contrato de trabalho assegurado pela CLT, com o remanejamento das concursadas.

Optamos por manter a programação inicial e alterá-la durante o primeiro encontro e caso fosse necessário, de acordo com as necessidades e reivindicações do novo grupo. Na última semana de junho ocorreram as visitas no setor da UTIN para abordar as enfermeiras individualmente em seus horários de serviço, nos quatro períodos. Elas foram informadas sobre a pesquisa-intervenção, e sobre a voluntariedade de participar do estudo, receberam os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice A), com a instrução de entregá-los no primeiro encontro presencial, caso se disponibilizassem a participar, também foram indagadas quanto as disponibilidades de horário para a realização dos encontros.

A maioria enunciou interesse em participar, porém cada uma trouxe algum obstáculo pessoal em realizar as discussões fora de seu horário de trabalho, concomitantemente a enfermeira da educação permanente informou sobre a dificuldade de realizar atividades educativas fora do horário de trabalho por não estarem em condições organizacionais de implantarem banco de horas para compensação naquele setor pelas alterações do processo de trabalho implantadas, estavam em fase de reestruturação setorial.

Foi então pensado na possibilidade de realização do processo de ensino-aprendizagem utilizando lista de discussão, neste momento foram consultadas informalmente as enfermeiras do vespertino e da última noite (par) que acharam a proposta interessante. Esta possibilidade seria informada aos demais integrantes na reunião que se realizaria no primeiro encontro presencial. Consideraram uma alternativa vantajosa por permitir que as trocas ocorram nos momentos de disponibilidade maior de cada uma, sendo preliminarmente adotada esta estratégia de ensino.

Segundo Moreno, Pittamiglio e Furusato (2008) a lista de discussão é uma estratégia de ensino-aprendizagem que faz uso da mediação eletrônica para favorecer a interação professor-aluno e busca criar condições para desenvolver a autonomia e cooperação. Já é utilizada na saúde, pois possibilita debate de um grupo de pessoas de uma determinada área de estudo e aprofundamento de determinado tema de forma assíncrona e a distância. É gratuito e não necessita software especial, permitindo que todos ou a maioria participe do processo de discussão, sendo entendida como a forma mais democrática de chegar a um resultado. A assincronia permite mais tempo para pesquisar sobre o assunto e contribuir mais ativamente.

### **3.1 Descrição dos encontros**

#### **3.1.1 Primeiro Encontro**

A primeira reunião presencial ocorreu no dia 08 de julho de 2016, no anfiteatro do HU-UFGD, contou com a presença de duas enfermeiras do setor UTIN e duas enfermeiras da educação permanente. Houve a apresentação formal do projeto enfatizando os objetivos, a proposta do uso da lista de discussão como estratégia de ensino-aprendizagem, sendo aceita e fora validada a ementa e o conteúdo programático (Apêndice C) sugerido pela pesquisadora e o cronograma disponibilizado, que permaneceu aberto à negociação das datas necessárias para concluir a implantação do PE em todas as suas fases na UTIN do HU-UFGD.

Foram disponibilizados materiais disparadores como textos de diversos autores, versando em sua maioria a temática PE, outros sobre planejamento e didática através de tópicos (Apêndice D). Um tópico serviu de forma transversal aos demais abordando pontos de reflexão, permitindo repensarem suas práticas, debaterem e pensarem o desenvolvimento do PE no setor. Nesse primeiro momento foi firmado o contrato aberto, formal e não estruturado junto ao grupo, designando as responsabilidades de cada um no processo (Apêndice B). Estabelecido a flexibilidade que permite as alterações de estratégia vinculadas à evolução das discussões e aprofundamento das questões a fim de otimizar esses encontros para melhoria das suas práticas de enfermagem.

Após o primeiro encontro, os participantes confirmaram as dificuldades de presença, de maneira que foi acordado o desenvolvimento das discussões e estabelecimento do espaço de ensino-aprendizagem virtual, por meio da lista de discussão. Os tópicos elencados para discussão foram:

**1º A dinâmica do processo de trabalho do grupo.** Textos que detalhavam o funcionamento da lista de discussão como estratégia de ensino-aprendizagem e sobre o processo de ensinar e aprender em uma abordagem dialógica e colaborativa, entendendo que é um processo que para ser construído, precisa ser assimilado.

**2º Aspectos relevantes para a reflexão do grupo no processo de ensino-aprendizagem.** Texto de planejamento e lista de questionamentos que deveriam permanecer como disparadores do processo reflexivo.

**3º Conceito do Processo de Enfermagem.** Retomada histórica, seguida da distinção conceitual entre PE e SAE, as etapas do PE e o manual do COREN-SP com modelos de implantação em diversas unidades assistenciais.

**4º Legislações COFEN/COREN referente ao PE.** Resolução nº 358/09 que trata sobre implementação e conceituação do PE, Resolução nº 429/12 que determina a composição

dos registros de enfermagem. Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta.

**5º Raciocínio clínico.** Ferramenta essencial para o enfermeiro desenvolver o PE de maneira crítico-reflexiva. O Sistema de Linguagem Padronizado (SLP) e sua relação com o raciocínio clínico. O histórico de enfermagem e alguns modelos de instrumento.

**6º Diagnósticos de enfermagem.** Utilizando como referencial do SLP a NANDA-I. Trazendo as taxonomias, domínios, classes, eixos, rótulos, definições, características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, diagnósticos de enfermagem real, diagnóstico de enfermagem de promoção de saúde, diagnóstico de enfermagem de síndrome, diagnóstico de enfermagem de risco.

**7º Resultados de enfermagem esperados e as intervenções de enfermagem.** Ambos relacionados ao serviço de neonatologia. Utilizou-se do SLP como referencial para os resultados de enfermagem esperados NOC e para as intervenções de enfermagem NIC.

**8º Evolução de enfermagem e anotações de enfermagem.** Principais características e diferenças, elencando quais profissionais da enfermagem são responsáveis por realizar cada tipo. Assim como um modelo de como o processo de enfermagem era realizado na prática, no hospital da USP, desde a década de 1980, até o ano de 2000, sendo exemplificado por uma internação no setor de pediatria.

Desenvolvemos o grupo virtual fechado no *Google groups*, sendo enviados convites a todas as enfermeiras que assinaram e entregaram o TCLE. Os tópicos foram adicionados semanalmente, conforme acordo prévio. Neste intervalo de oito semanas houve uma participação escassa por parte das enfermeiras da UTIN. Rayol (2009) em avaliação de ambientes virtuais de aprendizagem assíncronos no estado do Rio de Janeiro enumera seus benefícios. O principal relaciona-se com a flexibilidade do aluno em desenvolver-se sozinho, podendo organizar sua participação de acordo com sua necessidade e disponibilidade de tempo.

Porém ele faz um alerta, caso o aluno não participe. Nesta situação o grupo todo não crescerá devido à falta de diálogo e interação necessários para que apareçam as diferenças que geram avanços. Verificou que é bastante comum que os planos de cursos não sejam seguidos e que isto seja percebido tardiamente pelos tutores devido seu despreparo. Posicionando que as concepções destes atores necessitam ser mudadas para permitir seu sucesso, devendo haver tempo, muito estudo, paciência e participação ativa de todos. Fatores que não foram observados durante o período de desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem pela lista de discussão.

As enfermeiras foram questionadas sobre o interesse de se manterem na pesquisa, lembrando de sua liberdade para desistirem no momento em que quisessem, no entanto manifestaram desejo de continuarem participando e relataram as dificuldades que estavam vivenciando no setor, como excesso de internações, faltas de materiais, de equipamentos e de pessoal.

Pelo fato de serem novas no ambiente de trabalho e a maioria não ter experiência prévia em neonatologia, tiveram que ir desenvolvendo os conhecimentos e habilidades necessários para realizarem seu trabalho. Percebe-se por todas as falas que estavam em processo de desenvolvimento de sua “inteligência astuciosa”, princípio desenvolvido por Dejours (2001, 2004, 2012) e relatado por Pontes (2014).

O trabalhador de forma dramática do uso de si – engajando afetivamente sua subjetividade (envolvendo todo seu corpo e sua subjetividade/inteligência astuciosa) considera todas as variabilidades, seus valores, as normas preexistentes. Internamente ocorre um debate, uma dramática e na regulação das variabilidades, altera os modos de trabalho, visando atingir os objetivos propostos pela prescrição, sem ferir seus princípios e também as regras de ofícios. Assim ocorre a mudança do trabalho ou renormatização, num processo de transgressão do prescrito (DEJOURS, 2001, 2004, 2012; PONTES, 2014).

As enfermeiras diariamente buscavam vencer as barreiras apresentadas pelo setor, na intenção de dominarem a prática necessária para lidar com os neonatos, assim como desenvolver as posturas essenciais para interagir com os demais profissionais e serem respeitadas por suas atuações, mantendo seu espaço de atuação neste ambiente de tanta pressão e disputas.

Fora então verificado com elas qual seria o melhor momento para termos outro encontro presencial, neste momento eu estava em dúvida quanto ao interesse delas em continuar participando desta pesquisa. Após três questionamentos de minha parte marcaram o próximo encontro para quarta semana de setembro. Neste ínterim fui informada que várias enfermeiras haviam desenvolvido processos de sofrimento e adoecimento.

Dejours (2000) nos permite compreender melhor este cenário através de sua teoria da psicodinâmica do trabalho, a qual compreende que o homem não pode ser visto como uma variável, sendo este autônomo. No exercício de seu protagonismo ele utiliza os conhecimentos desenvolvidos no ofício para transformar o trabalho, dando-lhe sentido para sua existência e produzindo sua subjetividade. Nesse contexto, a mudança no processo de trabalho e as renormatizações, ocorrem como fruto da discordância entre os valores organizacionais, as normas antecedentes e os valores dos trabalhadores. Isso favorece que o

trabalhador faça uso de todas suas capacidades e recursos para resolver esta tensão, ou fracasso gerado, buscando possibilidades de mudança das condições e organização do trabalho. Há nestes momentos mediação entre os valores com intuito de recentrar estes quesitos, quando ocorre no coletivo criam-se as regras de ofício, regras criadas por pessoas que compartilham os mesmos valores (PONTES, 2014).

Este trabalhador normalmente estará na busca de alternativas para transformar o meio, utilizando estratégias de enfrentamento dos problemas e tensões vividos para manter-se saudável. Em uso do *corpo si* para estar em equilíbrio e atingir o prescrito, neste debate das normas organizacionais e das regras de ofício. Porém quando a empresa lhe impõe que siga estritamente o prescrito, não lhe permitindo esta liberdade de debater estes valores, geralmente ele adocece. Porque ele sabe se seguir estritamente o prescrito o objetivo não será atingido, haja vista existirem muitas variabilidades, “infidelidades do meio”, ou reveses para serem driblados (PONTES, 2014).

Contextualizando esse processo no trabalho da enfermagem, a profissional enfermeira tenta internamente através de debates de seus valores com as normas do setor resolver os problemas da melhor maneira, porém conforme as “infidelidades” vão aumentando (falta de insumos básicos e de pessoal e falta de apoio da gestão) ela se vê em sobrecarga.

Estudos de Lima e Ésther (2001), assim como de Oliveira *et al*(2006) referem ao paradoxo existente no ambiente hospitalar, que apesar de servir para curar e salvar vidas dos usuários promove sofrimento e adoecimentos de seus trabalhadores. Mencionam serem os enfermeiros a perceberem esta carga psíquica por lidarem diretamente com o paciente, num ritmo acelerado, levando a sofrer junto com ele.

Os profissionais passam a apresentar desconforto físico e/ou mental devido aos sentimentos negativos que vão alimentando e sentindo, de acordo com sua personalidade. Estes sentimentos como frustração, sentimento de impotência, raiva são gerados pela falta de condições organizacionais de se prestar um atendimento que ele considere ético e responsável. Geralmente são observados em instituições que tenham modelo gerencialista que se apresenta com hierarquia rígida e vertical, com apego às normas e que alteram os valores constitutivos da instituição, estimulando a concorrência e individualização e enfraquecendo os coletivos, cronicamente geram comportamentos rotinizados e padronizados dos profissionais e fazem com que resistam a qualquer tipo de mudança (mecanismo de defesa) (LIMA, ÉSTHER, 2001; CHIAVEGATO, NAVARRO, 2012).

Em face ao sofrimento o trabalhador se utiliza de estratégias de defesa, que tenta mascarar sua percepção da realidade para protegê-lo do sofrimento patológico. Quando se

utiliza de estratégia individual o trabalhador deixa de tomar iniciativas e de assumir responsabilidades, fecha-se, preocupando-se apenas consigo, desconfiando dos colegas de trabalho, rompe relacionamentos para evitar conflitos, porém cada trabalhador pode utilizar comportamentos próprios a depender de sua personalidade (DEJOURS, 2000, 2012; PONTES, 2014).

Nesse cenário, as estratégias coletivas envolvem os espaços públicos de discussão sobre o trabalho, procuram coletivamente alternativas para transformar o sofrimento em prazer. Utiliza a dinâmica contribuição retribuição simbólica, onde há o reconhecimento do trabalhador pelos pares e chefias, permitindo o resgate do sentido do trabalho. Nestes encontros o coletivo cria as regras de ofício, reforça o espaço de cooperação (DEJOURS, 2000, 2012; PONTES, 2014).

Este espaço de cooperação só se efetivará caso respeite as diferentes manifestações e discussões entre os sujeitos. Permitindo a palavra e reflexão dos trabalhadores, as trocas de experiências, dificuldades, medos, perspectivas, permitindo ao trabalhador “ver o outro como um ser humano que também sofre e que está sob as mesmas condições de trabalho”. Ao se reconhecerem e serem reconhecidos, eles dão sentido social a suas ações, permitindo transformar sofrimento em prazer, sentindo que contribuíram integralmente (DEJOURS, 2012; PONTES, 2014, p. 42).

A influência do capitalismo no cuidado à saúde, na assistência hospitalar, em especial na UTIN como aceleração dos processos de trabalho, excesso de pressão por parte da equipe, contato com a morte dos pacientes com uma frequência alta associada a história de vida da profissional vai permitindo o aparecimento de sofrimento. Durante o estudo uma enfermeira necessitou ser submetida a um cateterismo cardíaco de urgência. Algumas tentaram utilizar estratégias de defesa contra o sofrimento e a mais observada neste trabalho foi a de não tomar iniciativas, através do isolamento.

### **3.1.2 Segundo encontro**

O segundo encontro presencial ocorreu no dia 21 de setembro de 2016, na sala de videoconferência da biblioteca do HU-UFGD e contou com a presença de três enfermeiras da UTIN do HU-UFGD. Foram discutidos como estava ocorrendo a movimentação no setor para implantação do PE, a utilização de alguns impressos para a avaliação inicial do paciente, a familiarização com o processo, as dificuldades sentidas por estas profissionais, a motivação individual e coletiva dos enfermeiros. Como eu tinha dúvidas quanto ao interesse delas pela

pesquisa desenvolvi um instrumento para avaliar o olhar delas quanto ao PE (Apêndice D). Encaminhei para as enfermeiras que haviam preenchido e devolvido o TCLE (oito enfermeiros).

O instrumento teve cinco devolutivas. Verificou-se que estas enfermeiras têm em média seis anos de formação, a maioria em universidades públicas do estado de MS. Todas as enfermeiras tiveram contato com PE e diagnóstico de enfermagem padronizado pela NANDA-I através da graduação, a maioria em disciplina específica, não utilizando em sua prática profissional, destas apenas uma utilizou o PE em seu ambiente de trabalho num período de seis meses; uma enfermeira não conhecia a metodologia do NOC e NIC.

Quanto ao entendimento sobre o processo de enfermagem a maioria o via como algo positivo para a atividade profissional, o cuidado, fato observado nestes relatos:

Acredito no PE como aprimoramento do cuidado de enfermagem, servindo de base para o enfermeiro na realização do cuidado com o paciente, pois é o principal instrumento específico do enfermeiro, o qual direciona o seu trabalho (Enfermeira A).

Acredito que auxilia muito na atividade do enfermeiro, estimulando o raciocínio e agregando conhecimento (Enfermeira B).

O PE auxilia na **sistematização da burocracia** e organizando a forma de documentar todas as ações de enfermagem, pois orienta uma rotina que facilita a abordagem ao paciente (Enfermeira C).

Porém pode se observar nesta última fala no grifo nosso que ainda existe confusão quanto ao significado de PE, que nada mais é que o “método clínico” da profissão de enfermagem (CARVALHO, BACHION, 2009) concretizado na dimensão assistencial. Ela o confunde com a SAE, termo mais abrangente e que envolve a gestão do processo de trabalho de enfermagem como um todo, desde a organização das condições necessárias para concretização da ação de enfermagem, como dos recursos materiais, humanos além da avaliação das competências técnico-legais disponíveis, atividades concretizadas na dimensão gerencial (CARVALHO, BACHION, 2009).

Nos outros relatos é percebido resistência à utilização do PE, sugerindo falta de apoio da gestão para que a enfermeira desempenhe seu papel com qualidade. Leva a crer que a utilização do PE sem reflexão, de forma mecânica seja uma estratégia de defesa das enfermeiras, para evitarem mais sofrimento psíquico. Demonstra a necessidade de a divisão de enfermagem permitir a existência de momentos de discussão dos processos de trabalho para que os profissionais da ponta apontem suas dificuldades e que em conjunto tracem estratégias de melhoria destas condições:

Acredito que o PE é a forma de demonstrar o trabalho já realizado pela enfermagem, mas que na prática devido a ‘correria’ do setor acaba sendo uma atividade burocrática a mais (Enfermeira D).

Acredito que auxilia o enfermeiro e é uma atividade burocrática, posto que quando se tem um outro profissional para executar atribuições administrativas (escriturário,

técnico administrativo) o enfermeiro consegue utilizar o PE com auxílio, no entanto quando ele acumula a função administrativa mais assistencial, acho sendo mais um 'papal' a preencher (Enfermeira E).

Quanto à utilização da estratégia metodológica de lista de discussão no processo de ensino-aprendizagem somente três enfermeiras responderam o impresso. Suas respostas reforçam as vantagens da lista de discussão no quesito flexibilidade:

Acredito ser a forma mais flexível... (Enfermeira A).

A estratégia adotada é muito interessante, pois possibilita a interação dos participantes a qualquer momento, horário ou local... (Enfermeira C).

Acredito que a lista de discussão seja uma maneira de facilitar o acesso e a participação dos envolvidos... (Enfermeira D).

Elas concordam que deva haver participação mais ativa por parte delas neste processo, apesar de ter um relato que confirma sua omissão; outra enfermeira sugere a necessidade de existir mais encontros para se forçarem a participar, demonstrando uma tendência a seguir uma linha mais tradicional e outra enfermeira associa seu sentimento negativo em relação ao PE o transferindo a metodologia.

Leva a supor que o processo de sofrimento causado pelas pressões do setor e associadas às pressões também do processo de ensino-aprendizagem estão gerando reações diversas, como isolamento, barganha, raiva e neste enfrentamento cada uma tenta desenvolver suas estratégias de defesa e ajustamento sendo a maioria percebida pela racionalização:

... sendo que depende da iniciativa de cada participante o desenvolvimento do estudo não houve ainda, participação efetiva, mesmo havendo intenção (Enfermeira A).

... porém temos que ter disciplina e determinação para dar continuidade efetiva ao estudo. Sugiro que seja intercalado com encontros presenciais mais frequentes. A condução do estudo vem acontecendo de forma a nos estimular, isso é um ponto muito positivo (Enfermeira C).

... mas como o PE é encarado como mais uma burocracia, os participantes acabam postergando o acesso à lista de discussão (Enfermeira D).

Solicitaram encontros presenciais. Relataram ter dificuldade em serem ativas na ferramenta virtual e com o cronograma de estudos semanal individual que elas precisam gerenciar, ressaltando que o compromisso por parte delas e o aproveitamento individual é maior nos momentos presenciais.

Relatam que constantemente sentem cansaço, pois estão estudando vários assuntos relacionados à neonatologia, que ainda não dominam. Nesta modalidade sentem menos culpa, pois percebem um aproveitamento e participação maiores, utilizando estes momentos para trocas relativas aos temas neonatais vivenciados durante as semanas, buscando validação de suas atitudes tomadas ou orientação específica em alguns casos.

Dessa forma ao final do segundo encontro ficou decidido não realizar as discussões virtuais como havia sido planejado, assim como os temas elencados inicialmente não foram discutidos integralmente, sendo vistos de maneira tangencial em cada novo encontro. Ao final

foi validado o contrato de trabalho (Apêndice B) que já havia sido discutido no primeiro encontro.

### **3.1.3 Terceiro Encontro**

O terceiro encontro presencial aconteceu no dia 06 de outubro de 2016, na sala de videoconferência da biblioteca do HU-UFGD e contou com a presença de três enfermeiras da UTIN do HU-UFGD. A discussão focalizou as dificuldades apresentadas nas últimas semanas referentes ao PE, dúvidas sobre casos clínicos específicos da UTIN e também discussão sobre o histórico de enfermagem, suas opiniões acerca do instrumento que estão utilizando no setor, comunicaram que as principais dúvidas estão acerca do diagnóstico de enfermagem.

Estudos realizados por Carvalho *et al* (2007), Herminda (2004) e Takahashi *et al* (2008) que avaliam as dificuldades para implantação do processo de enfermagem confirmam que as maiores dificuldades dos enfermeiros se relacionam com a etapa de diagnóstico de enfermagem, pois não dominam os conhecimentos básicos específicos sobre a taxonomia diagnóstica necessários para fazer a definição de suas categorias.

Relataram que não estão utilizando nenhum material de apoio para consulta durante a escolha do diagnóstico de enfermagem para os pacientes, em suas avaliações individuais. Estavam copiando alguns diagnósticos de enfermagem que acreditavam estarem presentes, sem compreensão da definição, das características definidoras e dos fatores relacionados. Neste momento foi disponibilizado um livro da NANDA-I para consulta, após uma prévia orientação. Ficou estabelecido que elas tivessem duas semanas para irem se familiarizando com sua utilização, sendo comunicado que faríamos uma atividade de grupo no encontro seguinte, em que eles elencariam os possíveis diagnósticos de enfermagem para UTIN.

### **3.1.4 Quarto Encontro**

O quarto encontro presencial foi realizado no dia 19 de outubro de 2016, no auditório do HU-UFGD, tendo como participantes quatro enfermeiras da UTIN do HU-UFGD. Elas relataram as dificuldades encontradas na execução do PE no setor, percebendo que suas ações ainda não são refletidas, que apenas cumprem uma formalidade burocrática na intenção de não serem punidos pela direção e COREN pela não realização do PE.

Nos estudos realizados por Herminda (2004), Carvalho *et al* (2007) e Takahashi *et al* (2008) também verificaram que algumas dificuldades podem estar relacionadas a fatores

externos ao enfermeiro, podendo-se citar questões organizacionais, como as políticas, as normas, os objetivos dos serviços, as deficiências de recursos e sobrecarga de trabalho, limitando o tempo dos profissionais para as suas atividades e causando desgastes físicos e emocionais. Nesta categoria as situações mais abordadas são o descomprometimento da gestão, além de falta de compreensão, por parte desta, da competência da enfermagem, muitas vezes impondo um PE que mais valoriza a documentação com um processo mecanizado à implementação baseada na criticidade; a missão e a filosofia inconsistentes ou incompatíveis com a metodologia do PE; o número de profissionais da enfermagem inferior à necessidade, principalmente no que se refere ao número de enfermeiros.

Todos estes fatores citados foram encontrados no setor pesquisado dificultando bastante sua implantação e desmotivando os profissionais a seguir com o PE, ou favorecendo que eles utilizem apenas um PE ilusório, apenas para cumprir uma burocracia.

Seguindo a programação da semana anterior, fizeram uma atividade prática em grupo supervisionada, em que foram elencados os possíveis diagnósticos de enfermagem para os pacientes neonatais.

Quadro1 contendo lista dos possíveis diagnósticos de enfermagem da NANDA -I, organizados de acordo com as NHB de Wanda de Aguiar Horta para UTIN do HU-UFGD

| <b>Diagnóstico de enfermagem NANDA-I</b>       |
|--|
| <b>NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS</b>            |
| <b>Oxigenação</b>                              |
| Troca de gases prejudicada                     |
| Padrão respiratório ineficaz                   |
| Resposta disfuncional ao desmame ventilatório  |
| Ventilação espontânea prejudicada              |
| Desobstrução ineficaz de vias aéreas           |
| <b>Respostas cardiovasculares</b>              |
| Débito cardíaco diminuído                      |
| Risco de choque                                |
| Risco de perfusão gastrintestinal ineficaz     |
| Risco de perfusão renal ineficaz               |
| Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída  |
| Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz   |
| Perfusão tissular periférica ineficaz          |
| Risco de perfusão tissular periférica ineficaz |
| <b>Termorregulação</b>                         |
| Hipertermia                                    |
| Hipotermia                                     |
| Risco de desequilíbrio na temperatura corporal |
| Termorregulação ineficaz                       |
| <b>Hidratação</b>                              |
| Risco de desequilíbrio eletrolítico            |
| Volume de líquidos deficiente                  |
| Risco de volume de líquidos deficiente         |
| Volume de líquidos excessivo                   |
| Risco de desequilíbrio do volume de líquidos   |
| <b>Nutrição</b>                                |
| Deglutição prejudicada                         |
| Leite materno insuficiente                     |

Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais

Padrão ineficaz de alimentação do lactente

Náusea

### **Metabolismo**

Risco de função hepática prejudicada

Risco de glicemia instável

Icterícia neonatal

Risco de icterícia neonatal

### **Eliminação**

Eliminação urinária prejudicada

Retenção urinária

Constipação

Risco de constipação

Diarréia

Motilidade gastrintestinal disfuncional

Risco de motilidade gastrintestinal disfuncional

### **Integridade cutâneo-mucosa e física e cuidado corporal**

Integridade da pele prejudicada

Risco de integridade da pele prejudicada

Integridade tissular prejudicada

Risco de lesão

Risco de lesão por posicionamento perioperatório

Risco de lesão térmica

Risco de disfunção neurovascular periférica

Mucosa oral prejudicada

Risco de olho seco

Risco de quedas

Risco de sangramento

Risco de síndrome da morte súbita do lactente

Risco de aspiração

Risco de sufocação

Risco de trauma vascular

### **Percepção dolorosa**

Conforto prejudicado

Dor aguda

### **Sono, repouso e sensorio-motor**

Padrão de sono prejudicado

### **Locomoção**

Mobilidade física prejudicada

### **Regulação imunológica**

Risco de infecção

Risco de resposta alérgica

### **Crescimento e desenvolvimento**

Risco de crescimento desproporcional

Atraso no crescimento e no desenvolvimento

Risco de atraso no desenvolvimento

## **NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**

### **Segurança**

Disposição para melhora da competência comportamental do lactente

Comportamento desorganizado do lactente

Risco de comportamento desorganizado do lactente

### **Amor, gregária e aceitação**

Disposição para paternidade ou maternidade melhorada

Paternidade ou maternidade prejudicada

Risco de paternidade ou maternidade prejudicada

Tensão no papel de cuidador

Risco de tensão no papel de cuidador

Processos familiares disfuncionais

Processos familiares interrompidos

Disposição para processos familiares melhorados

|  |
|--|
| Risco de vínculo prejudicado<br>Conflito no papel de pai/mãe<br>Desempenho de papel ineficaz<br>Interação social prejudicada<br><b>Aprendizagem (educação e saúde)</b><br>Amamentação ineficaz<br>Amamentação interrompida<br>Disposição para amamentação melhorada<br>Controle familiar ineficaz do regime terapêutico<br>Processo de criação de filhos ineficaz<br>Risco de processo de criação de filhos ineficaz<br>Disposição para processo de criação de filhos melhorado<br>Falta de adesão |
| <b>NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>   |
| <b>Religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida</b><br>Disposição para melhora da esperança<br>Disposição para bem-estar espiritual melhorado<br>Conflito de decisão  |

Fonte: Adaptado de acordo com as NHB de Wanda Horta, utilizando NANDA, 2013.

Iniciaram as discussões quanto aos impressos em uso, suas necessidades de adaptação e suas incompatibilidades com a dinâmica do setor e também sobre os conceitos de evolução e anotação de enfermagem, não chegando a um consenso sobre estes termos. Foi fornecido novamente material bibliográfico sobre as diferenças existentes entre estas duas. Com leituras sugeridas:

BAPTISTA, C.M.C. et al. Evolução de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T.I. et al. (org.) **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências.** São Paulo: Ícone, 2001. p. 165-183.

BARROS, A.L.B.L. et al. Processo de enfermagem. In: COREN-SP; BARROS, A.L.B.L. et al. **Processo de enfermagem: guia para prática.** São Paulo: COREN-SP, 2015. p. 36-62.

GONÇALVES, V.L.M. Anotação de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T.I. et al. (org.) **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências.** São Paulo: Ícone, 2001. p. 221-236.

Considerando que a evolução de enfermagem tem por objetivo relatar o estado do paciente, comparando sua condição atual, com a anterior, sempre se utilizando deste processo analítico reflexivo. Já a anotação de enfermagem é o relato pontual das ações de enfermagem realizadas (BAPTISTA *et al*, 2001). A anotação de enfermagem pode ser feita de forma gráfica (sinal vital), por um sinal gráfico (checar, circular) ou de forma descritiva, devendo-se evitar a redundância de anotação (BARROS *et al*, 2015).

As reuniões do grupo ocorreram mais duas vezes, porém não fora discutido sobre o PE, suas etapas e aplicação. Elas trouxeram estudos de caso e fomos ampliando as possibilidades de atuação por parte da enfermeira visando a um atendimento mais integral,

muitas situações eram vistas apenas em seu aspecto psicobiológico, foram exploradas as necessidades psicossociais e psicoespirituais que Horta aborda.

Neste momento fui informada que três enfermeiras que participaram mais ativamente desta pesquisa estavam saindo do setor em estudo. Este fato levou a optar por manter o cronograma de finalização do processo de ensino-aprendizagem em outubro, mesmo sem atingir um objetivo específico de construir os impressos e protocolo para implantar o PE no setor.

#### 4 POTENCIALIDADES E DESAFIOS

Apesar de o PE ser um tema corriqueiro e familiar, por suas discussões já ocorrerem há décadas em algumas regiões brasileiras, em nosso estado ele ainda não tem a mesma aplicabilidade na prática profissional de muitas enfermeiras. Levando o COREN-MS reforçar as ações de fiscalização junto às instituições de saúde exigindo que o PE fosse implantado, tal qual orientam suas resoluções e em contrapartida as instituições ou os profissionais tiveram que criar alternativas para implantarem o PE.

A opção por utilizar este método de ensino-aprendizagem dialógico para abordar a temática tem possibilitado o crescimento/amadurecimento do grupo (mestranda e enfermeiras) sobre a forma de ensino-aprendizagem em si, além de clarificar vários conceitos sobre o PE favorecendo práticas cuidativas mais reflexivas. Trabalhar numa perspectiva dialógica tem nos permitido explorar e vivenciar novas posturas, sentimentos e possibilidades. Apesar de inúmeras vezes nos sentirmos inseguros, pois ele nos desloca o tempo todo da nossa antiga posição de conhecedores da resposta para desbravadores de novos caminhos. Impulsionando-nos a buscar alternativas de enfrentamento para as dificuldades vividas na prática.

Como lidamos o tempo todo com pessoas não tem como as respostas estarem previstas em sua totalidade. As profissionais trazem suas dificuldades da prática e juntas nós discutimos as possibilidades que podem auxiliar no desfecho e melhor trajeto para a situação. Este canal desenvolvido em conjunto, representado pelo espaço de discussão do grupo de estudo, tem possibilitado dividirmos nossas dúvidas, receios e inseguranças e destas matérias-primas concebermos novos olhares, mais humanos, sensíveis e reflexivos, possibilitando ações de enfermagem mais acolhedoras com a família e seus neonatos.

Os principais desafios a serem driblados têm relação direta com a gestão e com fatores internos às enfermeiras (emocionais e de conhecimento). Elas que estão na assistência direta, exercem suas funções assistenciais, administrativas e educativas. Ocorre uma sobrecarga de trabalho, pois o setor geralmente está em sua capacidade máxima, sendo esta extrapolada em diversos momentos.

Apesar de a superlotação ser um problema recorrente a gestão não desenvolveu mecanismos para evitar as carências dos recursos materiais, humanos e medicamentosos, gerando desgaste à equipe, em especial para as enfermeiras. Que nestas situações acaba exercendo papéis que não competem a ela, tentando suprir as privações por meio de empréstimos em outras instituições para que o atendimento ao paciente seja seguro e adequado.

Portanto as atividades educativas desenvolvidas neste grupo de estudo, com o formato dialógico e com a lógica da aprendizagem significativa têm muito a oferecer a todos os profissionais envolvidos (tutora ou enfermeiras). Por permitir a troca de conhecimentos de uma forma mais colaborativa e participativa, com valorização dos atores. Estimula a criação ou fortalecimento do vínculo de confiança entre o grupo, pois pela proximidade a empatia é estabelecida. Conseqüentemente há uma condução do processo de trabalho de forma mais coletiva, porém há necessidade de que as estratégias levem em conta o ritmo de trabalho acelerado e sejam pensadas num formato que desperte a participação das enfermeiras efetivamente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao pensar o projeto inicialmente contávamos com um grupo de enfermeiras que se relacionavam profissionalmente há, pelo menos, cinco anos, sendo metade composto por enfermeiras neonatologistas. Elas já haviam galgado juntas situações que proporcionaram algumas discussões e revisões de parte de seu processo de trabalho, ainda que de maneira incipiente. Toda esta trajetória permitiu ambicionar a construção coletiva de um espaço mais formalizado e dotado de ferramentas educativas que aflorassem a dialogia e a reflexão de suas práticas efetivamente.

No entanto, no decorrer da execução deste projeto as alterações estruturais de gestão inviabilizaram a continuidade desta empreitada neste formato. As enfermeiras com maior vivência haviam sido remanejadas de setor, assim como minha inserção na unidade hospitalar havia diminuído, devido transferência para universidade e divergência política com a proposta de gestão atual.

Outro fator de instabilidade foi a dificuldade de permanência da profissional enfermeira nesta unidade. A gestão ainda se encontra em fase de adequação de escala de enfermagem e decisão entre forma de funcionamento da UTIN, se seguirá a mesma linha das demais UTIs com a equipe de enfermagem compostas apenas por enfermeiras, ou sendo mista com técnicas de enfermagem.

Foi observado durante o processo educativo que as enfermeiras designadas a trabalhar no setor nunca haviam estagiado ou trabalhado em UTIN, evocando o processo histórico da formação da enfermeira neonatal constatado no trabalho de Costa, Padilha (2011) em que a aprendizagem ocorria em serviço, ou “aprender fazendo”.

Ao analisar o processo de ensino-aprendizagem realizado percebeu-se que os atores (mestranda e participantes) não dispunham da experiência e da maturidade essenciais para desenvolverem um processo de ensino-aprendizagem dialógico e colaborativo totalmente a distância com o tempo disponível (cronograma do mestrado). O entorno trouxe muitas complexidades para serem administradas.

Era um período de transição gerencial, de tentativas de reestruturação setorial e de mudanças no processo de trabalho de enfermagem na UTIN, além de ser uma proposta ambiciosa que buscava empoderar as enfermeiras de seu processo de trabalho, um movimento contra a corrente ideológica que também busca se assentar neste Hospital.

Para as profissionais novas não havia sentido discutir o PE, tendo em vista elas não dominarem os conteúdos básicos referentes à neonatologia que seriam necessários para

transpor este desafio. Elas direcionavam suas energias para tentar desenvolver sua “inteligência astuciosa”. Assimilação do setor, suas características, buscando se inserirem no grupo de trabalho e driblar as dificuldades apresentadas diariamente, assim como manter sua saúde.

Este era um projeto mais adequado às características das enfermeiras da equipe anterior que já tinham, em sua bagagem histórica, vários momentos de enfrentamento realizados coletivamente e com conhecimento de seu “objeto de trabalho”, com um vínculo de trabalho mais resguardado, permitindo mais estabilidade ao ter que deslocar energia para superar os outros desafios apresentados pelo processo de ensino-aprendizagem.

Concluiu-se que utilizar a mesma proposta e objetivos aos profissionais novos não foi a melhor estratégia, porém com as ferramentas que dispúnhamos naquele momento foi o melhor trajeto que pudemos vislumbrar.

Leite (2009) traz consolo ao afirmar que muitas vezes não conseguimos traçar a melhor rota pedagógica logo no início, ou em um único momento. Ou seja, aquela que permita responder aos desafios complexos da atualidade, de forma segura e resolutiva, porém estimula seu desenvolvimento pela prática e sua reflexão, deixando claro que se trata de um processo que deve ser construído continuamente, vencendo etapas e barreiras conforme elas se apresentem e de acordo com as capacidades já desenvolvidas, a fim de ir respondendo e atendendo os anseios e demandas do momento.

Tendo em vista a necessidade de reflexão sobre o processo pedagógico para melhorá-lo utilizamos toda experiência acumulada com a atividade educativa, os fatores dificultadores e os facilitadores, para a construção da “Sequência Didática para o Ensino do Processo de Enfermagem em UTI Neonatal”. Ela constitui nosso produto técnico educativo.

As limitações desta pesquisa relacionam-se a aproximação inicial da pesquisadora às atividades educativas transformadoras, associada ao período de transição gerencial na unidade hospitalar e instabilidades no setor em questão, evidenciado pelas trocas de enfermeiras durante o desenvolvimento do estudo.

## REFERÊNCIAS

ACIOLE, G.G. Rupturas paradigmáticas e novas interfaces entre educação e saúde. **Cadernos de pesquisa**, v. 46, n. 162, p. 1172-91, out./dez. 2016.

AVERY, G.B. Neonatologia: passado, presente e futuro. In: **AVERY Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 6ª Ed. Trad. VASCONCELOS, M.M.; VOEUX, P.L. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 2-6.

AZEVEDO, A.P et al. **Plano diretor estratégico do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados –HU/UFGD/EBSERH**. São Paulo: Instituto Sírio Libanês para Ensino e Pesquisa, 2013/2014.

BAPTISTA, C.M.C. et al. Evolução de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T.I. et al. (org.) **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p. 165-183.

BARROS, A.L.B.L. et al. **Processo de enfermagem: guia para a prática**. São Paulo: COREN-SP, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 7** – Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 24 de fevereiro de 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html). Acesso em: 25 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. O cuidador e o ambiente de trabalho. In: BRASIL. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011, p. 76-81.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 930** – Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 10 de maio de 2012. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/Portaria%20GM%20MS%20n%C2%BA%20930,%20de%2020maio12.pdf>. Acesso em: 01 out. 2014.

CAMELO, S.H.H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 20, n. 1, 09 telas, jan.-fev. 2012.

CARVALHO, E.C. et al. Obstáculos para implementação do processo de enfermagem no Brasil. **Revista de enfermagem da UFPE**, v.1, n. 1, p. 95-9, jul./set. 2007.

\_\_\_\_\_.; BACHION, M.M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem: intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 466, 2009.

CHIAVEGATO, L.G. FILHO; NAVARRO, V.L. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista. **Revista pegada**, v. 13, n. 2, p. 67-82, dez. 2012.

COFEN. **Lei 7.498/86, de 26 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html). Acesso em: 20 de dezembro de 2016.

\_\_\_\_\_. **Resolução COFEN 272/2002**: Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2002. Disponível em: <http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-39-34-2002-08-27-272>. Acesso em: 01 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Resolução COFEN 358/2009**: Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 01 out. 2014.

COSTA, R.; PADILHA, M. I.; MONTICELLI, M.; RAMOS, F.R.S. BORENSTEIN, M.S. Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **História da enfermagem revista eletrônica**, v. 1, n. 1, p. 55-68, abr. 2010.

\_\_\_\_\_.; PADILHA, M. I.; MONTICELLI. Produção de conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido em UTI neonatal: contribuição da enfermagem brasileira. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p. 199-204, 2010.

\_\_\_\_\_.; PADILHA, M. I. O hospital infantil como marco no atendimento ao recém-nascido de risco em Santa Catarina (1987-2009). **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 469-78, jul.-set. 2010.

\_\_\_\_\_.; PADILHA, M. I. A unidade de terapia intensiva neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 248-55, jun. 2011.

\_\_\_\_\_.; PADILHA, M. I. Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva em Florianópolis (década de 1980). **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 247-54, abr.-jun. 2012.

DEJOURS, C. Entrevista com Christophe Dejours realizada por Rubens Marcelo Volich. Trad. LEITE, A.C.C. **Revista latino-americana de psicopatologia fundamental**, v. 4, n. 3, p. 158-163, 2000.

\_\_\_\_\_. Entrevista com Christophe Dejours realizada por Marta Rezende Cardoso. Trad. RONDON, P.H.B. **Ágora**, v. 4, n. 2, p. 89-94, 2001.

\_\_\_\_\_. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2004.

\_\_\_\_\_. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. Trad. MELLO, G.A.R. NETO. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 17, n. 3, p. 363-71, jul.-set. 2012.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SILVA, E.S. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 122, n. 35, p. 229-48, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1987. 107p.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: 52º Congresso brasileiro de enfermagem, apresentado na mesa redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”. **Anais eletrônico**. Recife/Olinda – PE, 2000.

\_\_\_\_\_.; NÓBREGA, M.M.L.; CARVALHO, E. C. Processo de enfermagem: aplicação à prática profissional. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 3, n. 2, p. 25-32, 2004.

GALVA, M.A.M.; SCOCHI, C.G.S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Revista latino-americana de enfermagem**, v.12, n. 3, p. 469-76, mai.-jun. 2004.

GOMES, A.M. Desenvolvimento histórico da prática assistencial em cuidados intensivos no Brasil. In: VIANA, R.A.P.P et al. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 21-26.

GOMES, L. **Trabalhar em UTI Neonatal: os desafios da relação de serviço e a saúde das/os técnicas/os de enfermagem**. 2011. 234p. Tese. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2011.

HERMINDA, P.M.V. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, v.57, n.6, p.733-7, nov/dez 2004.

LEITE, L.S. PREFÁCIO. In: SILVA, A.C. **Aprendizagem em ambientes virtuais e educação a distância**. Porto Alegre: Mediação, 2009. 176p.

LIMA, J.H.V. JÚNIOR; ÉSTHER, A.B. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. **Revista administração de empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 20-30, jul.-set. 2001.

MOREIRA, M.A. O que é afinal, aprendizagem significativa? Programa de Pós-graduação em Ensino de Ciências Naturais, Instituto de Física. **Aula inaugural**. Cuiabá: UFMT, 2010, p. 1-27.

MORENO, L.R.; PITTAMIGLIO, S.E.L.; FURUSATO, M.A. Lista de discussão como estratégia de ensino-aprendizagem na pós-graduação em saúde. **Interface – comunicação saúde, educação**, v.12, n.27, p.883-92, out./dez. 2008.

NARVEY, M.; FLETCHER, M.A. Avaliação e Classificação Físicas. In: **AVERY Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 6ª Ed. Trad. VASCONCELOS, M.M.; VOEUX, P.L. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 298-319.

OLIVEIRA, B.R.G.; LOPES, T.A.; VIEIRA, C.S.; COLLET, N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 1e, n. esp., p. 105-113, 2006.

OLIVEIRA, I.C.S.; RODRIGUES, R.G. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 498-505, out./dez. 2005.

PEDRON, C.D.; BONILHA, A.L.L. Práticas de atendimento ao neonato na implantação de uma unidade neonatal em Hospital Universitário. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 612-8, dez. 2008.

PONTES, K.A.E.S. **Dando nó em pingo d'água: os nós da enfermagem em uma unidade neonatal a partir do ponto de vista da atividade**. 2014. 188p. Tese. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2014.

PORTELA, N.; SALES, C.M.; RENOVATO, R.D. A compreensão dos enfermeiros sobre a política de educação permanente em saúde. **Revista varia scientia - Ciências da saúde**, v. 2, n. 2, p. 145-55, segundo semestre de 2016.

PRESOTTO, G.V.; FERREIRA, M.B.G.; CONTIM, D.; SIMÕES, A.L.A. Dimensões do trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar. **Revista rene**, v. 15, n. 5, p. 760-70, set./out. 2014.

RAYOL, A.C. Ensino-aprendizagem em plataformas virtuais. In: SILVA, A.C. **Aprendizagem em ambientes virtuais e educação a distância**. Porto Alegre: Mediação, 2009. 176p.

RENOVATO, RD; BAGNATO, MHS. Da educação sanitária para a educação em saúde (1980-1992): discursos e práticas. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiás, v. 14, n. 1, a. 9, p. 77-85, jan./mar. 2012.

ROCHA, HHP. Educação escolar e higienização da infância. **Caderno cedes**, Campinas, v. 23, n. 59, p. 39-56, abril 2003.

ROCHA, M.C.P.; CARVALHO, M.S.M.; FOSSA, A.M.; ROSSATO, L.M. Assistência humanizada na terapia intensiva neonatal: ações e limitações do enfermeiro. **Saúde em revista**, Piracicaba, v. 15, n. 40, p. 67-84, abr.-ago. 2015.

RODRIGUES, R.G.; OLIVEIRA, I.C.S. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiás, v. 6, n. 2, 2004.

SÁ, J.A. Neto; RODRIGUES, B.M.R.D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto contexto enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 372-7, abr.-jun. 2010.

SANTOS, W.N. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **J ManagPrim Health Care**, v.5, n.2, p.153-8, 2014.

SILVA, N.M. **Setor de emergência: modos de trabalhar nas interfaces de um cotidiano hospitalar**. 2008. 173p. Dissertação. Niterói: UFF, 2008.

SOUZA, M.C.F.; OLIVEIRA, I.C.S. Assistência de enfermagem à criança hospitalizada: breve retrospectiva. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 247-9, mar.-abr. 2004.

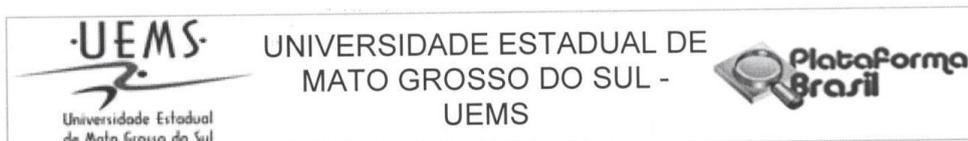
TAKAHASHI, A.A. et al. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Revista acta paulista**, São Paulo, v.2, n. 1, p.32-38, 2008.

TAVARES, R. Aprendizagem significativa. **Revista conceitos**, v. 55, n. 10, 2004.

ZABALA, A. A função social do ensino e a concepção sobre os processos de aprendizagem: instrumentos de análise. In: ZABALA, A. Trad. ROSA, E.F.F. **A prática educativa: como ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 1998, p. 27-52.

ZANOLLI, M.L.; MERHY, E.E. A pediatria social e as suas apostas reformistas. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 977-87, jul.-ago. 2001.

## ANEXO A



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O PROCESSO DE ENSINO/APRENDIZAGEM PARA A IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UTI NEONATAL.

**Pesquisador:** Elisângela Luna Cabrera

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 55017116.6.0000.8030

**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.588.786

#### **Apresentação do Projeto:**

Adequado

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Adequado

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Claro e adequado

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Nada a considerar. Atendeu às solicitações.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Nada a considerar.

#### **Recomendações:**

Atendeu às solicitações. Nada a recomendar.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Nada a recomendar.

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Rodovia Dourados Itahum, Km 12  
**Bairro:** cidade universitária **CEP:** 79.804-970  
**UF:** MS **Município:** DOURADOS  
**Telefone:** (67)3902-2699 **E-mail:** cesh@uems.br

Continuação do Parecer: 1.588.786

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento  | Arquivo  | Postagem               | Autor                      | Situação |
|---|--|------------------------|----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P<br>ROJETO_512772.pdf | 10/06/2016<br>12:04:44 |                            | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | Projetoalterado2.docx                            | 10/06/2016<br>12:02:20 | Elisângela Luna<br>Cabrera | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLERalterado.docx                               | 24/05/2016<br>12:06:21 | Elisângela Luna<br>Cabrera | Aceito   |
| Folha de Rosto  | Folhaderosto.pdf                                 | 07/04/2016<br>15:20:54 | Elisângela Luna<br>Cabrera | Aceito   |
| Outros  | Autorizacao.pdf                                  | 07/04/2016<br>10:50:02 | Elisângela Luna<br>Cabrera | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

DOURADOS, 14 de Junho de 2016

---

**Assinado por:**  
**Cynthia de Barros Mansur**  
(Coordenador)

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Endereço:</b> Rodovia Dourados Itahum 2 Km 12<br/> <b>Bairro:</b> cidade universitária<br/> <b>UF:</b> MS      <b>Município:</b> DOURADOS<br/> <b>Telefone:</b> (67)3902-2699</p> | <p><b>CEP:</b> 79.804-970<br/><br/><b>E-mail:</b> cesh@uems.br</p> |
|---|--|

## APÊNDICE A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada **“O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM PARA A IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UTI NEONATAL.**

Meu nome é Elisângela Luna Cabrera, sou enfermeira e mestranda no Programa de Pós-Graduação de Ensino em Saúde da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS), tendo como orientadora a professora Dra. Cibele de Moura Sales e coorientadora a Profa. Dra. Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi.

A finalidade deste estudo é transformar a prática do enfermeiro utilizando do Processo de Enfermagem (PE) pela abordagem dialógica e coletiva. Este estudo justifica-se pela gravidade dos pacientes prematuros da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) necessitando de um atendimento mais sistematizado, individualizado, refletido e integrado e pela necessidade ético/profissional de ter o PE implantado. Assim, o objetivo desta pesquisa desenvolver um processo de ensino e aprendizagem junto aos enfermeiros da unidade de terapia intensiva em neonatologia (UTIN) do HU/UFGD/EBESERH, sobre o processo de enfermagem.

Você participará de discussões semanais, em conjunto com os demais enfermeiros da UTIN abordando temáticas relacionadas ao PE. No decorrer das atividades será construído um contrato aberto, formal e não estruturado junto ao grupo, onde serão designadas as responsabilidades de cada um no processo, podendo haver alterações de estratégia conforme evoluem as discussões e aprofundamento das questões a fim de otimizar esses encontros para melhoria das suas práticas de enfermagem.

Todas as discussões serão realizadas com os enfermeiros, preferencialmente em encontros semanais, em data fixa, no início do plantão e da semana para que haja a participação de um número maior de enfermeiros. Durante as reuniões utilizaremos o diário de bordo e atas de reunião, que subsidiarão a descrição pela pesquisadora do processo de ensino e aprendizagem, bem como da construção do projeto para a implantação do PE.

Entre os riscos que você poderá sofrer estão, o cansaço decorrente dos encontros, constrangimento em se expor e atraso no horário de serviço, haja vista que as reuniões serão realizadas nos dias de plantão de alguns participantes. Nessas situações, você poderá deixar de participar no estudo, se assim quiser e será acordado com o mesmo ações para rever os danos. Quanto aos benefícios, esse estudo possibilitará momentos de estudo, reflexão sobre o fazer da enfermagem, e, sobretudo, a melhoria da assistência de enfermagem prestada aos usuários da UTIN.

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo e as informações conseguidas através de sua participação não permitirão a sua identificação. As discussões poderão gerar desconforto ou constrangimento para você, se isso ocorrer, você ficará livre para não participar, sem qualquer prejuízo e ações em conjunto serão pensadas para diminuir e sanar o desconforto e constrangimento.

A sua participação na pesquisa é de suma importância, para transformação da prática do processo de trabalho da enfermagem na UTIN, discutindo o PE. A sua participação também ajudará na construção de um Relatório Técnico constando os desafios e as potencialidades da construção do processo dialógico nessa unidade de trabalho (UTIN da HU/UFGD).

Você não será pago pela participação na pesquisa. Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer

momento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito. Sinta-se à vontade para solicitar quaisquer esclarecimentos sobre os objetivos ou sobre a metodologia utilizados para mediar esta pesquisa, seja antes, durante ou após o processo, bem como esclarecer qualquer outra dúvida. Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento. Os dados e resultados da pesquisa serão publicados em revistas ou eventos científicos

Para quaisquer dúvidas ou informações a respeito deste trabalho, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) ou com a própria pesquisadora nos endereços, telefones ou e-mails abaixo:

Pesquisadora: Elisângela Luna Cabrera. Telefone (67) 9201-7576. E-mails: [elisangelalc@hotmail.com](mailto:elisangelalc@hotmail.com) ou [elisangelacabrera@ufgd.edu.br](mailto:elisangelacabrera@ufgd.edu.br). Coordenador da Pesquisa: Profª. Dra. Cibele Moura Sales: Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – Unidade Dourados: Rodovia Dourados Itahum, Km 12 – Aeroporto – Dourados-MS. Fones: (67) 3902-2684. E-mail: [cibeles.sales1@gmail.com](mailto:cibeles.sales1@gmail.com).

Dados do participante:

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

RG ou CPF: \_\_\_\_\_

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Dourados, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinaturas:

Pesquisador principal \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a participação nesse estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, dou meu consentimento sem que para isso eu tenha sido obrigado ou forçado.



## APÊNDICE C

### Plano de Ensino

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Pró-reitoria de pesquisa e pós-graduação  
Programa de pós-graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde  
Mestrado Profissional

**Mestranda:** Enf<sup>a</sup> Elisângela Luna Cabrera ([elisangelalc@hotmail.com](mailto:elisangelalc@hotmail.com))

### Grupo de estudo para a implantação do PE na UTIN do HU-UFGD

#### Objetivos

**Objetivo Geral:** Desenvolver um processo de ensino-aprendizagem junto aos enfermeiros da UTIN do HU-UFGD, sobre o PE.

**Objetivos Específicos:** Instituir um espaço para discussão e estudo sobre o processo de trabalho da enfermagem e PE;

Desenvolver um protocolo de implantação do PE para a UTIN do HU-UFGD (com instrumentos/formulários necessários ao PE).

**Ementa:** PE, teoria de enfermagem de Wanda Horta, NANDA-I, NOC, NIC.

**Conteúdo programático:** PE, conceituação, bases legais, etapas, teoria de Wanda Horta (NHB);

Sistema de linguagens padronizadas: NANDA-I, NOC, NIC e raciocínio clínico;

Diagnóstico de enfermagem NANDA-I, taxonomia, eixos, conceituação, características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, diagnóstico real, diagnóstico de promoção de saúde, diagnóstico de síndrome, diagnóstico de risco e uso;

NOC, definição e uso; NIC, definição e uso;

Anotações de enfermagem e evolução de enfermagem.

**Metodologia:** tempestade cerebral, aula expositiva-dialogada, estudo de texto, estudos dirigidos, estudos com pesquisa, oficinas, lista de discussão.

**Avaliação:** formativa, auto avaliação.

#### Bibliografia Básica

BARROS, A.L.B.L. et al. **Processo de enfermagem:** guia para a prática. São Paulo: COREN-SP, 2015.

BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J.M.C. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC).** Trad. Soraya Imon de Oliveira et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CIANCIARULLO, T.I. ET al (Org.). **Sistema de assistência de enfermagem:** evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001.

HERDMAN, T.H. NANDA International Inc.; HERDMAN T.H., CARVALHO E.C. (Org.) **PRONANDA** – Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem – Conceitos Básicos. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2013. p.29-62. (Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância).

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC).** Trad. Regina Machado Garcez et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

NANDA International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2012-2014. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2013.

## APÊNDICE D

### Plano de Aula

#### Encontro 01

**Tema abordado:** Apresentação do projeto, TCLE, da metodologia e explicação sobre contrato coletivo.

**Objetivos Gerais:** Compreender a importância de sua participação na construção coletiva do protocolo para implantação do PE na UTIN do HU-UFGD.

**Objetivos Específicos:** Explanar sobre os objetivos do projeto;

Definir coletivamente sobre a ementa apresentada se há necessidade de alterações;

Apresentar o cronograma, as datas disponíveis para os tópicos e encontros, verificando compatibilidades;

Ressaltar a relevância da construção do contrato coletivo de trabalho definindo as responsabilidades de cada participante;

Expor lista de discussão como uma das estratégias de ensino-aprendizagem a ser utilizada.

**Etapas previstas:** Apresentação dos participantes (10-15'); Apresentação do projeto (15'), Apresentação da ementa com cronograma para validação ou alteração, definindo datas e horários (25'), explanação sobre a lista de discussão (10').

**Metodologia:** aula expositiva-dialogada, roda de conversa.

**Recursos didáticos:** datashow.

**Avaliação:** solicitar avaliação de cada um sobre da metodologia ao final do encontro.

**Bibliografia:** projeto de mestrado de Elisângela Luna Cabrera.

#### Tópico 01

**Tema abordado:** Apresentação da modalidade semi-presencial, da estratégia de ensino-aprendizagem lista de discussão e sobre o processo de ensinar e aprender em uma abordagem dialógica, colaborativa e ativa.

**Objetivos Gerais:** Apresentar a tônica do processo de ensino-aprendizagem ativo e colaborativo.

**Etapas previstas:** Apresentação de textos e discussão.

**Metodologia:** lista de discussão, estudo de textos.

**Recursos didáticos:** computador.

**Avaliação:** solicitar avaliação de cada um sobre da metodologia no próximo encontro.

#### Bibliografia

ANASTASIOU, L.G.C. **Ensinar, aprender, apreender e processos de ensinagem.**

MORENO, L.R.; PITTAMIGLIO, S.E.L.; FURUSATO, M.A. Lista de discussão como estratégia de ensino-aprendizagem na pós-graduação em saúde. **Interface – comunicação saúde, educação**, v. 12, n. 27, p. 883-92, out./dez. 2008.

#### Tópico 02

**Tema abordado:** Planejamento e reflexão (Tema transversal).

**Objetivos Gerais:** Disparar as reflexões durante o processo de ensino-aprendizagem e na prática diária.

**Etapas previstas:** Apresentação de textos e discussão.

**Metodologia:** lista de discussão, estudo de texto.

**Recursos didáticos:** computador.

**Avaliação:** solicitar avaliação de cada um sobre da metodologia no próximo encontro.

### **Bibliografia**

BATISTA, N.A. Planejamento na prática docente em saúde. In: BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H.S.S. (org.) **Docência em saúde: temas e experiências**. 2ª ed. São Paulo: Editora SENAC, 2014. p. 31-49.

### **Tópico 03**

**Tema abordado:** PE, conceituações, evolução histórica e etapas.

**Objetivos Gerais:** Conceituar o PE.

**Objetivos Específicos:** Definir o PE;

Distinguir PE de SAE;

Revisar historicamente a evolução do PE;

Elencar as etapas do PE;

Levantar modelos de implantação do PE em clínicas diversas.

**Etapas previstas:** Apresentação de textos e discussão.

**Metodologia:** lista de discussão, estudo de texto.

**Recursos didáticos:** computador.

**Avaliação:** solicitar avaliação de cada um sobre da metodologia no próximo encontro.

### **Bibliografia**

CARVALHO, E.C.; BACHION, M.M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais da enfermagem. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 466.

COREN-SP; BARROS, A.L.B.L. et al. **Processo de enfermagem: guia para prática**. São Paulo: COREN-SP, 2015. 113 p.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L.; CARVALHO, E.C. Processo de enfermagem: aplicação à prática profissional. **Online brazilianjournalofnursing**, v. 3, n. 2, p. 25-32, 2004.

### **Tópico 04**

**Tema abordado:** PE, legislação, teoria das NHB, evolução do PE no HU-USP.

**Objetivos Gerais:** Identificar o aporte teórico-filosófico e legal para implantação do PE.

**Objetivos Específicos:** Conhecer as principais leis profissionais que se relacionam ao PE;

Abordar a teoria das NHB de Wanda de Aguiar Horta;

Verificar a evolução histórica do PE realizado no HU-USP desde sua implantação até o ano de 2009.

**Etapas previstas:** Apresentação de textos e discussão.

**Metodologia:** lista de discussão, estudo de texto.

**Recursos didáticos:** computador.

**Avaliação:** solicitar avaliação de cada um sobre da metodologia no próximo encontro.

### **Bibliografia**

ALBUQUERQUE, R.S. Sistematização da assistência de enfermagem. ABENFO-SP; CAPE. Disponível em: <http://docplayer.com.br/1374744-Abenfo-sp-profa-dra-rosemeire-sartori-de-albuquerque-each-obstetricia-usp-abenfo-sp.html>. Acesso em: 01 jul. 2016.

BARROS, A.L.B.L.; LOPES, J.L. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermagem em foco**, v. 1, n. 2, p. 63-5, 2010.

COFEN. **Resolução COFEN 272/2002**: Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2002. Disponível em: <http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelinck.php?numlink=1-39-34-2002-08-27-272>.

Acesso em: 01 out. 2014.

COFEN. **Resolução COFEN 358/2009**: Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 01 out. 2014.

COFEN. **Resolução COFEN 429/2012**: Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília: COFEN, 2012. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012\\_9263.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012_9263.html). Acesso em: 01 jul. 2016.

GUALDA, D.M.R. A organização do departamento de enfermagem do Hospital Universitário da universidade de São Paulo: filosofia e pressupostos acadêmico-assistenciais. In: CIANCIARULLO, T.I. et al. (org.) **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p. 93-108.

GUALDA, D.M.R. Fundamentação teórico-conceitual do processo de cuidar. In: CIANCIARULLO, T.I. et al. (org.) **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p. 85-92.

MELLEIRO, M.M. et al. A evolução do sistema de assistência de enfermagem no Hospital Universitário da universidade de São Paulo: uma história de 20 anos. In: CIANCIARULLO, T.I. et al. (org.) **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p. 109-130.

MIRANDA, S.M. Processo de enfermagem. COREN-MG. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Processo+de+Enfermagem+-+Coren+MG.pdf/f7f06e02-394a-49f2-9fff-1e5ec3a4c4d0>. Acesso em: 01 jul. 2016.

PERES, H.H.C. et al. Desenvolvimento de sistema eletrônico de documentação clínica de enfermagem estruturado em diagnósticos, resultados e intervenções. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 43, n. esp. 2, p. 1149-55, 2009.

SOUZA, M.F. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidadosos. In: CIANCIARULLO, T.I. et al. (org.) **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p. 29-39.

## Tópico 05

**Tema abordado:** Raciocínio clínico, SLP, histórico de enfermagem.

**Objetivos Gerais:** Abordar o raciocínio clínico e a padronização da linguagem subsidiando as etapas do PE.

**Objetivos Específicos:** Compreender o raciocínio clínico e pensamento crítico, como contribuintes do PE;

Conhecer o SLP e sua relação com raciocínio clínico para a prática de enfermagem;

Detalhar a etapa do histórico de enfermagem no PE;

Apresentar modelos de instrumentos de coletas de dados utilizados na etapa de histórico de enfermagem, de outras clínicas e específicos para UTIN.

**Etapas previstas:** Apresentação de textos e discussão.

**Metodologia:** lista de discussão, estudo de texto.

**Recursos didáticos:** computador.

**Avaliação:** solicitar avaliação de cada um sobre da metodologia ao final do encontro.

## Bibliografia

CARVALHO, E.C.; CRUZ, D.A.L.M.; HERDMAN, T.H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 66, n. esp., p. 134-141.

CERULLO, J.A.S.B.; CRUZ, D.A.L.M. Raciocínio clínico e pensamento crítico. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 18, n. 1, jan/fev. 2010. 6 telas.

GOUVEA, J.A. **Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para recém-nascidos internados na unidade de terapia intensiva neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley**. João Pessoa: UFPB, 2007. (Dissertação)

GUTIERREZ, B.A.O. et al. Histórico de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T.I. et al. (org.) **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p. 131-163.

## Tópico 06

**Tema abordado:** Diagnóstico de enfermagem NANDA-I

**Objetivos Gerais:** Detalhar o diagnóstico de enfermagem NANDA-I

**Objetivos Específicos:** Apresentar a estrutura taxonômica da NANDA-I;

Rever os tipos de diagnóstico de enfermagem;

Conhecer as características que favorecem a determinação de diagnósticos precisos;

Verificar com o tema diagnósticos de enfermagem podem ser na sala de aula de graduação em enfermagem.

**Etapas previstas:** Apresentação de textos e discussão.

**Metodologia:** lista de discussão, estudo de texto.

**Recursos didáticos:** computador.

**Avaliação:** solicitar avaliação de cada um sobre a metodologia no próximo encontro.

## Bibliografia

AVANT, K.C.; ZELLER, R.L.; ZELLER, L.D. Introdução às taxonomias: o que são e por que a enfermagem precisa delas. In: NANDA INTERNATIONAL INC; HERDMAN, T.H.; CARVALHO, E.C. (org.) **PRONANDA** – Programa de atualização em diagnósticos em enfermagem: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2013. p. 11-28. (Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância).

HERDMAN, T.H.; KROGH, G.V. A taxonomia II da NANDA INTERNATIONAL 2012-2014. In: NANDA INTERNATIONAL Trad. Garcez, R.M.; BARROS, A.L.B.L. et al. (rev.) **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 91-106.

LUNNEY, M. Coleta de dados, julgamento clínico e diagnósticos de enfermagem: como determinar diagnósticos precisos. In: NANDA INTERNATIONAL Trad. Garcez, R.M.; BARROS, A.L.B.L. et al. (rev.) **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 113-133.

MILLER, B.K.; FRAUENFELDER, F.; STAUB, M.M. Diagnóstico de enfermagem em educação. In: NANDA INTERNATIONAL Trad. Garcez, R.M.; BARROS, A.L.B.L. et al. (rev.) **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 135-45.

HERDMAN, T.H. Diagnósticos de enfermagem e sua relação com o raciocínio clínico. In: NANDA International Inc.; HERDMAN T.H., CARVALHO E.C. (Org.) **PRONANDA** – Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem – Conceitos Básicos. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2013. p. 29-62. (Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância).

## Tópico 07

**Tema abordado:** Prescrição de enfermagem, NOC, NIC.

**Objetivos Gerais:** Qualificar a etapa de prescrição de enfermagem;

Assinalar os resultados esperados de enfermagem essenciais na área de neonatologia com o uso do NOC;

Apontar as intervenções de enfermagem essenciais na área de neonatologia com uso do NIC.

**Objetivos Específicos:**

**Etapas previstas:** Apresentação de textos e discussão.

**Metodologia:** lista de discussão, estudo de texto.

**Recursos didáticos:** computador.

**Avaliação:** solicitar avaliação de cada um sobre da metodologia no próximo encontro.

## Bibliografia

SOUZA, T.M. et al. Prescrição de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T.I. et al. (org.) **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências.** São Paulo: Ícone, 2001. p. 185-200.

BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J.M. **Intervenções essenciais para as áreas de especialidades de enfermagem: enfermagem neonatal.** In: OLIVEIRA, S.I. et al. (trad.) **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC) 5º ed.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p. 786.

MOORHEAD, S. et al. **Resultados essenciais para as áreas de especialidades em enfermagem: neonatologia.** In: GARCEZ, R.M. (trad.) **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC) 4º ed.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p. 849.

## Tópico 08

**Tema abordado:** Evolução de enfermagem, anotação de enfermagem e operacionalização do PE.

**Objetivos Gerais:** Diferenciar evolução de anotação de enfermagem, concluindo as etapas do PE.

**Objetivos Específicos:** Apresentar as características da evolução de enfermagem;

Exibir as particularidades da anotação de enfermagem;

Esclarecer as responsabilidades e competências dos profissionais da enfermagem na evolução e anotação de enfermagem;

Apontar um modelo de operacionalização do PE na prática.

**Etapas previstas:** Apresentação de textos e discussão.

**Metodologia:** lista de discussão, estudo de texto.

**Recursos didáticos:** computador.

**Avaliação:** solicitar avaliação de cada um sobre da metodologia no próximo encontro.

## Bibliografia

BAPTISTA, C.M.C. et al. Evolução de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T.I. et al. (org.) **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências.** São Paulo: Ícone, 2001. p. 165-183.

GONÇALVES, V.L.M. Anotação de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T.I. et al. (org.) **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências.** São Paulo: Ícone, 2001. p. 221-236.

SANTOS, N.C.; SOUZA, T.M.; HASHIMOTO, M.R.K. A operacionalização do sistema de assistência de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T.I. et al. (org.) **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p. 237-259.

## **Encontro 02**

**Tema abordado:** andamento do PE na UTIN do HU-UFGD.

**Objetivos Gerais:** Verificar a motivação dos enfermeiros no processo e seu conhecimento sobre o PE.

**Objetivos Específicos:** Diagnosticar o conhecimento dos enfermeiros sobre a temática apresentada;

Validar o contrato de trabalho definindo as responsabilidades de cada participante.

**Etapas previstas:** Questionamento aos participantes sobre dúvidas, dificuldades e andamento do PE no setor (50'); Participantes preencherem instrumento para avaliar o contato com o PE Processo de Enfermagem (5-8'); apresentação dos livros NIC e NOC (20'); validação do contrato coletivo (10').

**Metodologia:** roda de conversa.

**Recursos didáticos:** livros NIC e NOC.

**Avaliação:** solicitar avaliação de cada um sobre da metodologia ao final do encontro.

## **Bibliografia:**

Instrumento para avaliar o contato com o PE.

BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J.M. **Intervenções essenciais para as áreas de especialidades de enfermagem: enfermagem neonatal**. In: OLIVEIRA, S.I. et al. (trad.) Classificação das intervenções de enfermagem (NIC) 5º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p. 786.

MOORHEAD, S. et al. **Resultados essenciais para áreas de especialidades em enfermagem: neonatologia**. In: GARCEZ, R.M. (trad.) Classificação dos resultados de enfermagem (NOC) 4º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p. 849.

## **Instrumento para avaliar o contato com o PE**

Idade: \_\_\_\_\_ anos; Ano de formação: \_\_\_\_\_; Instituição de formação: \_\_\_\_\_; Tempo de trabalho como enfermeiro: \_\_\_\_\_ anos; Utilizou o PE na instituição que trabalha (ou)? \_\_\_\_\_, por quanto tempo: \_\_\_\_\_.

Na graduação: teve contato com PE? \_\_\_\_\_, por quanto tempo? Durante toda graduação ( ) em disciplina específica ( ), durante o estágio e/ou aula prática ( );

Teve contato com a taxonomia NANDA-I? \_\_\_\_\_, por quanto tempo? Durante toda graduação ( ) em disciplina específica ( ), durante o estágio e/ou aula prática ( );

Teve contato com a taxonomia NOC? \_\_\_\_\_, por quanto tempo? Durante toda graduação ( ) em disciplina específica ( ), durante o estágio e/ou aula prática ( );

Teve contato com a taxonomia NIC? \_\_\_\_\_, por quanto tempo? Durante toda graduação ( ) em disciplina específica ( ), durante o estágio e/ou aula prática ( );

De acordo com sua experiência pessoal você acha que o PE auxilia o enfermeiro em suas atividades ou é uma atividade burocrática a mais? Discorra sobre isto.

---

---

---

---

---

O que você acha da estratégia metodológica utilizada (lista de discussão) para abordar o PE. Discorra. Avalie também sua participação no estudo. Sugira, critique, elogie.

---

---

---

### **Encontro 03**

**Tema abordado:** Histórico de enfermagem.

**Objetivos Gerais:** Consolidar o conhecimento sobre o histórico de enfermagem.

**Objetivos Específicos:** Elencar os pontos principais do histórico de enfermagem; Levantar as características necessárias para um levantamento de dados específicos.

**Etapas previstas:** Discussão dos conceitos trazidos pelos enfermeiros sobre o histórico de enfermagem (50').

**Metodologia:** roda de conversa.

**Recursos didáticos:** modelos de histórico de enfermagem.

**Avaliação:** solicitar avaliação de cada um sobre da metodologia ao final do encontro.

**Bibliografia:**

Instrumento de coleta de dados neonatais com memento da autora.

GOUVEA, J.A. **Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para recém-nascidos internados na unidade de terapia intensiva neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley**. João Pessoa: UFPB, 2007. (dissertação)

### **Encontro 04**

**Tema abordado:** Diagnóstico de enfermagem.

**Objetivos Gerais:** Consolidar o conhecimento sobre o diagnóstico de enfermagem.

**Objetivos Específicos:** Elencar os principais diagnósticos de enfermagem na neonatologia; Compreender a função das características definidoras e fatores relacionados no pensamento clínico.

**Etapas previstas:** Discussão dos conceitos trazidos pelos enfermeiros sobre o diagnóstico de enfermagem e atividade de grupo para elencar os principais diagnósticos de enfermagem que poderiam atender a clientela neonatal (100').

**Metodologia:** roda de conversa e atividade de grupo.

**Recursos didáticos:** livro NANDA-I.

**Avaliação:** solicitar avaliação de cada um sobre da metodologia ao final do encontro.

**Bibliografia:**

NANDA International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2013.

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL**  
**UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS**  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* ENSINO EM SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL

**Elisângela Luna Cabrera**

**SEQUÊNCIA DIDÁTICA PARA O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM  
EM UTI NEONATAL**

**Dourados/MS**

**2017**

**Elisângela Luna Cabrera**

**SEQUÊNCIA DIDÁTICA PARA O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM  
EM UTI NEONATAL**

**Produto Técnico do curso de Mestrado Profissional apresentado ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados, na linha de pesquisa de práticas educativas em saúde, como exigência final para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.**

**Orientadora: Profª Drª Cibele de Moura Sales**

**Coorientadora: Profª Drª Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi**

**Dourados/MS**

**2017**

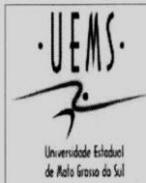
C123s Cabrera, Elisângela Luna

Sequência didática para o ensino do processo de  
enfermagem em UTI neonatal/ Elisângela Luna Cabrera. –  
Dourados, MS: UEMS, 2017.  
59f.

Produto Técnico (Mestrado Profissional) – Ensino em  
Saúde – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2017.  
Orientadora: Profa. Dra. Cibele de Moura Sales.  
ISBN: 978-85-99540-73-2

1. Processos de enfermagem 2. Ensino em saúde 3.  
Enfermagem neonatal I. Título

CDD 23. ed. - 618.9201



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL  
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENSINO  
EM SAÚDE, MESTRADO PROFISSIONAL (PPGES)



## ATA DE VALIDAÇÃO DA PRODUÇÃO TÉCNICA

Aos oito dias do mês de agosto do ano de dois mil e dezessete, realizou-se a Validação da Produção Técnica intitulada: *Sequência didática para o ensino do processo de enfermagem em UTI Neonatal*, de autoria do mestranda Elisângela Luna Cabrera, discente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. A comissão julgadora foi constituída pelos seguintes componentes: Profa. Dra. Cibele de Moura Sales (orientadora/presidente), Profa. Dra. Fabiana Rodrigues Bergamaschi (examinadora titular), Profa. Dra. Giselle Cristina Martins Real (examinadora titular externa) e Prof. Dr. Rogério Dias Renovato. Concluídos os trabalhos de apresentação e arguição, a comissão julgadora considerou a mestranda: APROVADA. E, para constar, foi lavrada a presente Ata, que será assinada pelos membros da Comissão Julgadora.

Dourados, 08 de agosto de 2017.

Profa. Dra. Cibele de Moura Sales (orientadora/examinadora titular) – UEMS

Profa. Dra. Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi (examinadora titular) – UEMS

Prof. Dr. Rogério Dias Renovato (examinador titular) – UEMS

Profa. Dra. Giselle Cristina Martins Real (examinadora titular externa) – UFGD

## 1 INTRODUÇÃO

Este produto técnico educativo nasceu de um projeto do Mestrado Profissional Ensino em Saúde, da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, da linha de pesquisa em Práticas Educativas em Saúde, intitulado “Atividade educativa e o Processo de Enfermagem em uma UTI Neonatal”.

Foi uma pesquisa qualitativa, classificada como pesquisa-intervenção que teve como objetivo construir um processo de ensino-aprendizagem, junto às enfermeiras do setor sobre o PE, permitindo reflexão de sua atividade laboral. Foi instituído um espaço para elas discutirem seu processo de trabalho que possibilitou o desenvolvimento desta Sequência Didática sobre o ensino do Processo de Enfermagem (PE) em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

De acordo com Zabala (1998) sequência didática é a organização de atividades de forma que sua ordem atenda objetivos claros de ensino-aprendizagem, sendo todas suas etapas conhecidas pelos professores e alunos.

A construção desta sequência didática se baseou nas dificuldades percebidas durante a execução do processo de ensino-aprendizagem realizado com as enfermeiras da UTIN. Não intenciona ser uma “verdade absoluta” e sim subsidiar os enfermeiros para que compreendam alguns pontos da neonatologia e do PE, contribuindo para um atendimento mais qualificado e amenizando o desgaste destes profissionais.

A ordem das atividades temáticas abordadas intenciona instrumentalizar as profissionais da unidade para implantação do processo de enfermagem, também, permitir que assistam seus usuários com mais autonomia e conhecimento, para que suas atividades laborais produzam sentido.

O público-alvo é composto de enfermeiras que atuam ou que pretendem atuar em UTIN. As atividades sugeridas foram pensadas para se realizarem na modalidade semipresencial, utilizando o programa de educação continuada existente na instituição em estudo, a ferramenta *Moodle* de ensino a distância.

As atividades práticas serão realizadas presencial e individualmente no setor de UTIN. A carga horária do curso prevista é de 200 h, equivalentes a 100 dias. O certificado será disponibilizado pelo hospital a enfermeira que atingir o objetivo proposto. Poderá ser utilizado pelo profissional em sua progressão funcional.

Recomenda-se que o momento mais adequado à sua execução no hospital em questão seja quando estiverem estabelecidos os profissionais efetivos do setor, outra sugestão

relaciona-se à sua condução que preferencialmente deva ocorrer em parceria entre a enfermeira coordenadora técnica da UTIN e as enfermeiras da educação permanente.

Esta sequência didática também tem viabilidade de uso em qualquer UTIN, assim como em cursos para estudantes de enfermagem ou para enfermeiros que tenham interesse de conhecer mais este universo. Podendo ser utilizada no formato apresentado ou ser adaptada conforme as características do local, situações vivenciadas e objetivos almejados.

## **2 METODOLOGIA DA SEQUÊNCIA DIDÁTICA**

A sequência didática apresentada será composta de 13 atividades que devem ser realizadas de forma contínua para que as enfermeiras, ao iniciarem suas atividades laborais na UTIN, se familiarizem com as características básicas do neonato e do PE, subsidiando-as para a implantação ou implementação deste método de trabalho.

A primeira atividade a distância consiste de uma avaliação inicial do conhecimento sobre o PE. Permite à tutora ter ciência das noções prévias de cada enfermeira, assim como possibilita à própria profissional perceber suas fragilidades sobre a temática, direcionando-a na busca do aprofundamento e compreensão do assunto que elas percebiam estar fragmentados ou desordenados. Deve ser realizada no dia que inicia o curso. Optamos por estas questões por entendermos ser importante que as enfermeiras conceituem adequadamente o PE, distingam suas etapas, conheçam a principal resolução que ampara o PE, assim como a teoria de enfermagem que o sustenta. A teoria de Wanda Horta foi padronizada nos PE dos hospitais gerenciados pela EBSEH no sistema de informação utilizado (AGHU).

A segunda atividade a ser realizada a distância é o estudo individual do texto de apoio 1 sobre o PE, levando a enfermeira a aprofundar os conhecimentos prévios sobre esta temática. A história, sua base legal, as etapas, a teoria de Wanda Horta, o raciocínio clínico e o sistema de linguagem padronizada, assim como as dificuldades de implantação. Etapa a ser cumprida na primeira semana. Preferimos iniciar a sequência didática pelo PE para facilitar a reorganização dos conceitos, por se tratar do assunto que eles mais dominam, para posteriormente entrelaçarem com os conhecimentos de neonatologia e poderem reordenar os conceitos novos necessários para implantar o PE.

A terceira atividade a distância consiste de exercícios de apoio e reflexão referentes ao texto de apoio sobre o PE, para pesquisa livre e envio das respostas no e-mail da tutora entre a segunda e terceira semanas, até o prazo máximo de 21 dias do início. Selecionamos estas questões por percebermos durante o desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem

alguns discursos equivocados quanto a diferenciação conceitual entre PE da SAE. Também, buscamos trazer a discussão e reflexão da importância do processo de raciocínio clínico, do conhecimento da teoria de enfermagem utilizada e do desenvolvimento do PE de maneira crítico-reflexiva.

A quarta atividade a distância a ser realizada entre a segunda e terceira semanas baseia-se em leituras complementares de textos (leituras sugeridas), neste momento a enfermeira pode realizar leituras além das sugeridas de acordo com sua necessidade visando sanar suas dúvidas. Selecionamos artigos que reforçam os objetivos da atividade anterior, com diferenciação entre PE e SAE, leitura da Resolução COFEN 358/2009 e artigo reflexivo sobre o PE. É importante salientar que apesar do título do último artigo existir SAE ele relaciona-se ao PE, a diferenciação dos termos ocorreu em 2009 com a maior clareza entre os conceitos sendo percebido nas discussões dos enfermeiros estudiosos do tema, sendo realçado com a substituição da Resolução 272/2002 pela 358/2009.

A quinta atividade a distância é um chat e tem intuito de realizar a primeira consolidação do assunto em relação ao PE, a tutora deve focar em observar se algum aspecto precisa ser retomado, ele terá como base as atividades anteriores enviadas e a discussão deverá ser direcionada por ele com objetivo de minimizar as dúvidas existentes para dar início aos conhecimentos sobre neonatologia.

A sexta atividade a distância será uma situação-problema com um caso corrente de UTIN, tem o propósito de inserir a enfermeira no universo do intensivismo neonatal. Uma atividade que a desperte para o hábito da pesquisa com constante ampliação da zona de desenvolvimento proximal. Apresentando um caso que tenha vários aspectos e possibilite abordar múltiplas situações que serão a base para consolidação de conceitos e aquisição gradual de conhecimentos e habilidades (espiral do conhecimento) no decorrer das atividades. Deve ser realizada na quinta semana de curso. Preferimos utilizar desta estratégia com uma situação corriqueira e que propiciasse pistas para despertar na enfermeira seu olhar sobre as particularidades e complexidades destes usuários. Conforme ela retoma a leitura e continua as atividades vai percebendo todos os detalhes que não podem ser compreendidos num único momento.

A sétima atividade a distância deve ser desenvolvida na sexta e sétima semanas através do estudo individual sobre o texto de apoio 2 que versa sobre neonatologia. As características específicas do neonato de acordo com as necessidades humanas básicas de Wanda Horta, a realização do exame físico e os parâmetros básicos a serem considerados. O texto foi direcionado neste formato para facilitar a enfermeira desenvolver a observação e

compreensão das características específicas dos neonatos desenvolvendo o histórico de enfermagem e a percepção das alterações em que há necessidade da atuação imediata na resolução do desequilíbrio. Foram abordados os aspectos psicobiológicos em uma ordem de prioridade dos sistemas visando tornar o atendimento ágil e minimizar seus riscos.

A oitava atividade a ser realizada a distância na sétima e oitava semanas, com entrega no 56º dia por e-mail para tutora, constará de pesquisa individual sobre os termos do texto 2 que são desconhecidos para as enfermeiras, com a finalidade de aproximá-las da linguagem específica utilizada na UTIN. Elegemos esta atividade para permitir a construção dos conceitos e compreensão da linguagem própria utilizada neste ambiente pelos profissionais de saúde.

A nona atividade a distância deverá se realizar na nona semana com leituras complementares de textos (leituras sugeridas). Neste momento a enfermeira pode realizar outras leituras além das sugeridas de acordo com sua necessidade visando estruturar os conhecimentos de neonatologia de forma ampliada. Elencamos estes textos que abordam as necessidades psicossociais para que a enfermeira compreenda como se dá a construção do vínculo e da parentalidade entre os pais e o neonato. Para que ela se instrumentalize além da prática biológica.

A décima atividade será presencial. Desenvolvimento de prática no setor de UTIN. Prática de pesagem, avaliação estado de consciência, anamnese e exame físico de três pacientes com uso do instrumento histórico de enfermagem (Apêndice A). Deverá ser individualmente conduzida pela tutora na décima semana de curso. Selecionamos esta atividade para que a enfermeira utilize conhecimentos teóricos trabalhados que foram em sua maioria conteúdos conceituais e factuais. Em posse destes conhecimentos realizará atividade prática visando desenvolver os conteúdos procedimentais e atitudinais.

A décima primeira atividade a distância será a continuidade da anterior, com o desenvolvimento de estudos de caso com aplicação do PE usando da lista da NANDA-I, NOC, NIC (Apêndice A). Realizando na décima primeira e na décima segunda semanas, com entrega no 84º dia por e-mail para tutora. Intenciona desenvolver nas enfermeiras a habilidade no uso dos instrumentos do PE e permitir que elas avaliem a aplicabilidade prática e necessidade de adaptações destes instrumentos.

A décima segunda atividade a distância será o fechamento de tudo que foi estudado, consolidando e arrematando os temas de PE e neonatologia desde os conhecimentos teóricos e habilidades práticas desenvolvidos em conferência via *skype*. Cada enfermeira apresentará o caso de maior relevância, dos enviados na atividade prévia, para socialização com o grupo e

discussão. Ao final de cada apresentação ela deverá pontuar os desafios e potencialidades dos instrumentos utilizados (Apêndice A) analisando em relação a aplicabilidade no setor UTIN visando o planejamento em grupo da implantação ou implementação do PE. A tutora fará o fechamento da atividade e deve observar se algum aspecto precisa ser revisitado, baseando-se nas atividades anteriores enviadas, no chat e na atividade prática com objetivo de minimizar as dúvidas existentes com intuito de implantar ou implementar o PE na UTIN. Deve ocorrer na décima terceira semana de curso, no 91º dia.

A décima terceira atividade a distância será a avaliação final (formativa) que a tutora integralizará a autoavaliação das enfermeiras. A avaliação da sequência didática servirá para posteriores melhorias nela. Deve ocorrer na décima quarta semana, a enfermeira realizará sua autoavaliação e avaliação da sequência didática enviando à tutora até o 98º dia. A tutora terá dois dias para fechamento. Toda avaliação que já vem ocorrendo desde a primeira atividade se complementar com a autoavaliação e será encaminhado no 100º dia. Totalizando as 200h/a previstas, com posterior emissão do certificado pela instituição hospitalar a enfermeira que atingir o objetivo proposto inicialmente.

## **ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UTIN**

### **Atividade 1**

Atividade de avaliação prévia do conhecimento. Indicada para ser realizada no dia de abertura do curso em ambiente virtual. A enfermeira deverá responder as questões encaminhar as respostas ao e-mail da tutora no mesmo dia de sua abertura (até o limite das 23:59 h), sua desconsideração por parte da aluna prejudicará o andamento do processo de ensino-aprendizagem e avaliação final que seguirá a linha formativa.

### **Avaliação inicial**

- 1) O que você entende por Processo de Enfermagem?
- 2) Quais são as etapas do Processo de Enfermagem?
- 3) Você conhece a Resolução do COFEN 358/2009? O que ela dispõe?
- 3) Explique com suas palavras a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta.

## **Atividade 2**

A enfermeira realizará o estudo individualmente do texto de apoio, podendo realizar leituras paralelas com intuito de ampliar a compreensão sobre o processo de enfermagem. Esta atividade deve ser realizada dentro da primeira semana (até o dia sete), iniciando logo após a avaliação inicial.

### **Texto de apoio 1 – O Processo de Enfermagem**

#### **1 Conhecendo as origens do Processo de Enfermagem**

A enfermagem é uma das profissões que tem o cuidado como sua atividade laboral. Pode ser exercida nos mais diversos locais, públicos ou privados. Pelos profissionais da enfermagem são observadas as respostas dos seres humanos aos problemas de saúde reais ou potenciais, sejam elas individuais, na família ou na coletividade. E o cuidado por ser inerente à atividade profissional da enfermagem e para que ele seja desempenhado com mais coerência, de forma que perdure e transforme a realidade, deve ser conduzido coletivamente, após muita reflexão (GARCIA, NÓBREGA, CARVALHO, 2004; HERDMAN, 2013; TRIGUEIRO *et al*, 2013).

A primeira enfermeira a organizar o processo de trabalho de enfermagem e torná-la uma profissão científica, no século XIX, foi Florence Nightingale, recaindo sobre ela a crença de ser a pioneira no desenvolvimento da linguagem profissional, pois enfatizava a necessidade de observação dos pacientes, assim como avaliação do que fora observado para tomar uma atitude perante a situação visando sanar a demanda com algum cuidado específico (GARCIA, NÓBREGA, CARVALHO, 2004).

A partir da década de 1950, nos Estados Unidos, o termo processo de enfermagem (PE) passa ser utilizado formalmente e estava vinculado ao método de solução de problemas pela observação, mensuração e análise dos dados coletados, igualmente começam a ser desenvolvidas as teorias de enfermagem, que subsidiariam o PE com seus modelos conceituais (GARCIA, NÓBREGA, CARVALHO, 2004; HERMINDA, 2004; MEDEIROS, SANTOS, CABRAL, 2012; SANTOS, 2014; CRUZ *et al*, 2016). Apesar de Kletemberg, Siqueira e Mantovani *apud* Santos (2014) salientarem que nas décadas de 1920 e 1930 já se falava em tornar sistemático o cuidado, nos cursos de enfermagem, pelo ensino de estudos de caso e no planejamento dos cuidados individualizados aos pacientes.

No Brasil foi Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970, que começou a difundir o PE operacionalizando a enfermagem na assistência ao Homem em suas necessidades humanas básicas (NHB) e no cenário mundial a NANDA começou a utilizar o termo diagnóstico de enfermagem ao publicar os padrões da prática de enfermagem em 1973 (GARCIA, NÓBREGA, CARVALHO, 2004; SANTOS, 2014; CRUZ *et al*, 2016).

Para Wanda de Aguiar Horta, o PE contava com seis fases, a saber: histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem. Este foi desenvolvido em 1979 e serviu de base para o que temos hoje (SANTOS, 2014). Porém, atualmente o modelo mais utilizado é o proposto pela Resolução COFEN 358/2009 que conta com cinco etapas: ‘histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem’ (BARROS *et al*, 2015, p. 42).

O PE evoluiu de listagem de problemas baseados em doenças e suas complicações a julgamento de situações de cuidado reais ou potenciais visando qualidade, segurança e humanização no cuidado de enfermagem (GARCIA, NÓBREGA, CARVALHO, 2004).

Segundo Viana e Oliveira (2011, p.29):

Trata-se de um método que permite identificar, descrever e explicar os problemas de saúde, determinando as ações de enfermagem, desde o planejamento até a execução e a avaliação da assistência prestada. Sua elaboração permite que a equipe de enfermagem desenvolva práticas baseadas em regras e princípios conhecidos por promoverem o cuidado eficiente. Para uma adequada assistência ao paciente crítico, sua elaboração torna-se essencial para que ações sejam inter-relacionadas, buscando um cuidado de enfermagem seguro e de qualidade, favorecido pela melhor prática baseada em evidência científica.

## **1.1 Legislações de enfermagem que sustentam o Processo de Enfermagem e processo de cuidar**

No Brasil a lei do exercício profissional, criada pelo COFEN (1986), já trazia em seu texto a necessidade da enfermeira realizar a consulta de enfermagem, além da prescrição da assistência de enfermagem, sendo estas atividades privativas a ela. Observa-se que mesmo que de forma incipiente seu conselho de classe já direcionava o caminho para que o processo de enfermagem fosse seguido, dando ao enfermeiro respaldo legal em suas ações.

Posteriormente foram criadas pelo COFEN duas resoluções para que orientassem a processo de trabalho da enfermagem, a Resolução 272/2002, que determina a implementação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em toda instituição de saúde seja ela de domínio público ou privado, e posteriormente a Resolução 358/2009, que revoga a

primeira, reforça a necessidade de implementar o PE, incluindo a responsabilidade dos técnicos e auxiliares de enfermagem em sua realização (SOUZA, SANTOS, MONTEIRO, 2013).

Na Resolução 272/2002 ainda não havia clareza quanto à correta utilização conceitual, por vezes tratando o PE como sinônimo de SAE, demonstrando também inconsistência na apresentação das etapas do PE. Sete anos após esta resolução é substituída pela Resolução 358/2009 que clarifica os conceitos essenciais, considerando a SAE uma forma de organização do trabalho da enfermagem quanto ao método, pessoal e instrumentos e que permite que o PE seja operacionalizado. E considera o PE uma ferramenta metodológica que direciona o cuidado de enfermagem e documentação de sua prática. Reitera a obrigatoriedade de utilizar o PE em qualquer ambiente em que a atividade de enfermagem ocorra, utilizando um referencial teórico de enfermagem e define as cinco etapas essenciais para a prática, a saber: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. Sendo que o diagnóstico e planejamento são privativos do enfermeiro e execução das ações pode ser realizada por técnicos e auxiliares de enfermagem com supervisão e de acordo com suas respectivas competências (COFEN, 2002, 2009).

Existe também a “política de documentação clínica” formalizada pela Resolução 429/2012, que “dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico”. Ela determina o conteúdo mínimo dos documentos da enfermagem, já obrigatórios desde a Resolução 358/2009. São eles: os dados do histórico de enfermagem, em impresso próprio ou em forma de texto descritivo; os diagnósticos de enfermagem; as intervenções de enfermagem praticadas e os resultados esperados. Estas duas últimas não necessitam ser produtos de algum sistema de linguagem padronizado (SLP). Reforça que caso a instituição utilize sistema de registro informatizado e não possua assinatura digital alerta para necessidade de impressão do documento com assinatura e carimbo, visando assegurar a veracidade do documento e preservar o autor de posteriores alterações, não fiéis à realidade dos fatos (CARVALHO, CRUZ, HERDMAN, 2013).

## **1.2 O Processo de Enfermagem e suas etapas**

De acordo com Carvalho e Bachion (2009), o PE envolve uma sequência de etapas específicas que permitem ao enfermeiro planejar as ações necessárias para situações que

requerem intervenções de enfermagem, possibilitando avaliação e assistência de enfermagem individualizada, segura e ampliada. Para Cruz *et al* (2016) o PE guia a assistência de enfermagem, estando suas fases inter-relacionadas, num processo cíclico e contínuo.

Medeiros, Santos e Cabral (2012) também salientam que o PE pode garantir segurança ao cliente e ao profissional de enfermagem, pois as ações estarão todas documentadas, em impressos padronizados, permitindo uma melhor continuidade de assistência e avaliação do serviço de enfermagem prestado.

Suas etapas são: histórico de enfermagem ou coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem (resultados esperados e intervenções de enfermagem) ou planejamento da assistência, implementação e evolução de enfermagem ou avaliação (COFEN, 2002; TAKAHASHI *et al*, 2008; COFEN, 2009).

### **1.2.1 Histórico de enfermagem**

O Histórico de enfermagem se fundamenta no levantamento de dados obtidos por meio da anamnese e exame físico. É uma etapa que permite avaliar o paciente em sua totalidade, abrangendo os aspectos biopsicoespirituais (GUTIERREZ *et al*, 2001).

Esta etapa é tida como “a pedra angular do raciocínio clínico e cuidado de enfermagem”. Sem ela não “há dados para inferir possíveis diagnósticos, sendo impossível projetar resultados desejáveis e escolher intervenções pertinentes” (CARVALHO, CRUZ, HERDMAN, 2013, p. 138).

Infelizmente muitos enfermeiros vêm esta etapa como uma obrigação a ser cumprida, ou como “formulário a ser preenchido” não utilizando estes dados para tomada de decisão clínica e planejamento do cuidado de cada paciente. Sem esta compreensão acurada dos conceitos de enfermagem existirão lacunas no conhecimento dos enfermeiros, limitando o cuidado prestado aos pacientes (CARVALHO, CRUZ, HERDMAN, 2013).

A sequência da entrevista não precisa ser rígida, o enfermeiro pode direcionar o levantamento dos dados para a necessidade que percebeu mais afetadas coletando mais informações para esta área, visando às intervenções e resolução dos problemas emergenciais (GUTIERREZ *et al*, 2001).

Gordon delimita quatro tipos de avaliações para coletas de dados quando se analisa a situação do paciente. Avaliação inicial, avaliação focalizada, avaliação de emergência e avaliação de acompanhamento. Na inicial ele vai em busca de identificar problemas, avaliar o estado de saúde e estabelecer o relacionamento terapêutico. Na focalizada o enfermeiro busca

verificar presença ou ausência de um diagnóstico em particular. Na de emergência o foco são as situações que ameaçam a vida. E por fim, na de acompanhamento ocorre um tempo após uma avaliação inicial visando identificar melhora ou piora ao longo do tempo (BARROS *et al*, 2015).

Para que o enfermeiro se tornar um bom diagnosticador ele precisa primeiramente demonstrar verdadeiro interesse por quem está sendo avaliado, tratando-o com respeito e sem preconceitos, seguir estudando e ter humildade, aproveitando os profissionais com mais experiências e os próprios pacientes para confirmarem os dados inquiridos (BARROS *et al*, 2015).

Precisa ter conhecimentos clínicos de enfermagem, neonatologia, anatomia, fisiologia, farmacologia, epidemiologia, ciências humanas e sociais, laboratoriais e de imagem e demais dados necessários ao raciocínio clínico. Conhecimentos e habilidades de: inspeção, palpação, percussão e ausculta e conhecimentos do NANDA-I. Todos estes conhecimentos reunidos permitem ao enfermeiro ter a intuição necessária para buscar pistas essenciais para desenvolver a inferência diagnóstica.

Há necessidade de um instrumento que reflita a pessoa a ser cuidada e o ambiente a ser prestado o cuidado, estando embutida a teoria que sustenta o processo. Pois sabe-se que quando existem estes instrumentos direcionadores que reproduzam a realidade, assim como os roteiros de entrevista e mementos de exame físico a operacionalização do PE ocorre de maneira mais facilitada (GUTIERREZ *et al*, 2001; BARROS *et al*, 2015).

### **1.2.2 Diagnóstico de enfermagem**

O diagnóstico de enfermagem é a conclusão dos dados levantados no histórico de enfermagem com a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem. Ele expressa as necessidades de cuidados dos pacientes. Podendo ser definido pela NANDA como “um julgamento clínico sobre as respostas, atuais e potenciais, que indivíduos, famílias e comunidades apresentam a problemas de saúde/processos de vida” (CRUZ, 2001, p. 65).

Como as respostas a que se referem os diagnósticos são respostas humanas, pode-se afirmar que diagnósticos representam a forma como indivíduos, famílias e comunidades reagem a determinadas situações ou também o significado que eles dão a determinado evento. Pelo fato da enfermagem focar nas necessidades de saúde e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades, os problemas clínicos de enfermagem derivam da interação entre o ser humano e o ambiente (BARROS *et al*, 2015, p. 47).

O diagnóstico serve como direcionador da intervenção de enfermagem, ou seja, condutor da decisão dos cuidados de enfermagem mais indicados, nas mais diversas situações que trarão as melhores respostas, fazendo-nos dar importância e focar a atenção constantemente nas respostas daqueles que cuidamos (CRUZ, 2001, p. 66).

Para que o diagnóstico seja atribuído, o enfermeiro necessita utilizar-se do processo de raciocínio clínico. Quando o enfermeiro novato ou até mesmo o experiente enfrentando uma situação nova seu modo de pensar é de forma indutiva. Ele coleta os dados um a um e posteriormente os compara com a normalidade para definir um juízo diagnóstico. Já o enfermeiro experiente utiliza-se mais do raciocínio dedutivo, já denominando o diagnóstico para posteriormente buscar pistas para validá-lo ou excluí-lo (BARROS *et al*, 2015, p. 48).

Ao comunicar o diagnóstico o enfermeiro pode escolher entre algum SLP já disponível, neste texto de apoio optamos pelo NANDA-I, pois a instituição de saúde o utiliza como referência.

### **1.2.3 Planejamento de enfermagem**

O planejamento de enfermagem deve buscar resolver os problemas representados pelo diagnóstico de enfermagem e causados pelo fator relacionado. Para que esta fase ocorra o enfermeiro se utiliza de sua capacidade de raciocínio clínico, que está amparada pelo conhecimento científico e sua experiência profissional (BARROS *et al*, 2015).

Esta etapa envolve vários fatores, a enfermeira precisa considerar a pessoa que está sob seu cuidado, a família, a equipe de enfermagem, a equipe de saúde, além dos recursos materiais e os serviços disponíveis para que o cuidado planejado aconteça (BARROS *et al*, 2015).

Para este planejamento o enfermeiro deve primeiro delimitar qual diagnóstico de enfermagem é prioritário, podendo realizar esta seleção pela importância vital, dos mais urgentes e que permitem que o indivíduo, família e/ou comunidade progridam, podendo ser deixados para depois aqueles que não comprometem a saúde. Deve também considerar a habilidade dos profissionais no desempenho do cuidado, os recursos necessários e o desejo da pessoa, ou família (BARROS *et al*, 2015).

Após elencar os diagnósticos prioritários o enfermeiro delimita as metas, ou resultados esperados e prescreve as intervenções necessárias para atingir estas metas e que serão postas em prática na implementação. Para cada resultado esperado o enfermeiro deve propor intervenções, que terão suas ações de enfermagem correspondentes, sempre visando eliminar

os fatores que contribuíram para o diagnóstico, promover a saúde ou prevenir problemas. O enfermeiro pode se utilizar de algum SLP, sendo NOC para os resultados esperados e NIC para as intervenções (BARROS *et al*, 2015). Utilizaremos estes dois visto o programa AGHU institucional já trabalhar com o NIC para as intervenções de enfermagem, sugerindo-se utilizar o NOC para os resultados esperados.

Sempre que o enfermeiro for definir os resultados ele deve optar por indicadores que sejam sensíveis, mensuráveis e alcançáveis à intervenção escolhida. Os profissionais da enfermagem necessitam poder observar esta variação para conseguir quantificá-la, a meta pode variar desde manutenção da saúde até resolução do problema. E para conseguir atingi-la o enfermeiro deve avaliar se existe tempo hábil e vontade do paciente, sempre levando em consideração a magnitude do problema (BARROS *et al*, 2015).

É muito importante que esta etapa também seja totalmente registrada, não apenas as intervenções de enfermagem, como também os resultados esperados para os diagnósticos elencados. Estes registros servem como documentação legal, para avaliar o serviço de enfermagem prestado e posteriormente permitem a evolução da enfermagem, por meio das pesquisas.

#### **1.2.4 Implementação**

Esta é a etapa em que o cuidado de enfermagem é posto em prática, podendo ser realizado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem. É muito importante que nesta etapa o profissional que prestou o cuidado relate nas anotações de enfermagem como a assistência foi prestada, mas principalmente a resposta do paciente para a ação realizada, estas informações servirão de base para a avaliação de enfermagem e também para alterações ou manutenção do planejamento de enfermagem, de acordo com a resposta percebida (BARROS *et al*, 2015).

As intervenções de enfermagem podem se dividir em diretas e indiretas, e também em independentes, dependentes e interdependentes, sendo que nenhuma pode ser considerada melhor que a outra, todas são importantes a depender do diagnóstico a ser resolvido. As diretas são aquelas que os cuidados de enfermagem são realizados diretamente ao paciente, já as indiretas não necessitam do paciente, pois serão realizadas para o controle do ambiente, auxiliando a resolução dos problemas surgidos e representados pelo diagnóstico de enfermagem. As ações independentes são ações exclusivas da enfermagem e se relacionam ao diagnóstico de enfermagem, as ações dependentes e interdependentes necessitam de recomendações de outros profissionais, como o médico, geralmente são orientações ou

observações relacionadas a prescrições médicas, como administração de medicamentos (BARROS *et al*, 2015).

### **1.2.5 Avaliação de enfermagem**

A avaliação de enfermagem, também conhecida como evolução de enfermagem, é privativa do enfermeiro e deve ocorrer de forma contínua, sistemática e deliberada, sempre considerando, num dado período de tempo, as respostas da pessoa, família ou comunidade às intervenções realizadas. O tempo da avaliação geralmente são 24 h, que pode ser um pouco menor, nas situações em que o estado do paciente sofra alguma alteração, como ocorre com alguns pacientes em terapia intensiva (BARROS *et al*, 2015).

Herdman (2013) reforça a necessidade de estarmos sempre nos questionando se nossas ações de enfermagem estão melhorando, piorando ou se mudanças não estão ocorrendo, numa constante reavaliação de nossas intervenções, o que gera um cuidado mais consciente e menos mecanizado.

O enfermeiro buscará as mudanças das respostas dos pacientes, provocadas pelas ações de enfermagem e se estas mudanças alcançaram os resultados esperados, caso contrário ele analisa a utilidade de alterar o planejamento de enfermagem. Neste momento de não alcance dos resultados o enfermeiro avaliará primeiramente se os dados coletados foram suficientes para definição do diagnóstico de enfermagem, se este diagnóstico estava acurado, se as ações propostas foram adequadas para modificar os fatores relacionados, se as respostas esperadas e indicadores definidos foram os mais apropriados, revisando o plano de cuidados (BARROS *et al*, 2015).

O enfermeiro também avaliará se os recursos humanos e materiais são o suficiente para, porém, prática o plano de cuidados proposto, se as ações de enfermagem estão ocorrendo adequadamente, assim como a aceitação da pessoa, família ou comunidade às ações prestadas, pela observação de suas respostas (BARROS *et al*, 2015).

O registro formal desta avaliação pode ocorrer de diversas maneiras. Quando se opta pela descrição o enfermeiro deve fazer um resumo da avaliação, focando o que foi resolvido, ou não dos diagnósticos de enfermagem, dos fatores relacionados ou de suas características definidoras. Há a opção de registrar as alterações direcionadas aos diagnósticos de enfermagem, sendo necessário constar se eles estão inalterados, se pioraram, melhoraram ou se estão resolvidos. Outra forma é documentando a avaliação por meio dos indicadores de resultados do NOC, utilizando suas escalas de mensuração (BARROS *et al*, 2015).

Além da avaliação/evolução de enfermagem existe a anotação de enfermagem, que pode ser realizada por toda equipe de enfermagem, sendo estes conceitos frequentemente confundidos na prática. A avaliação de enfermagem tem por objetivo relatar o estado do paciente, comparando sua condição atual, com a anterior, sempre se utilizando deste processo analítico reflexivo. Já a anotação de enfermagem é o relato pontual das ações de enfermagem realizadas. (BAPTISTA *et al*, 2001) A anotação de enfermagem pode ser feita de forma gráfica (sinal vital), por um sinal gráfico (checar, circular) ou de forma descritiva, devendo-se evitar a redundância de anotação (BARROS *et al*, 2015).

## **2. Teoria de enfermagem de Wanda de Aguiar Horta: Teoria das Necessidades Humanas Básicas**

O PE necessita de sustentação de alguma teoria de enfermagem para seu funcionamento adequado. A preocupação em desenvolver teorias de enfermagem acentuou-se nas décadas de 1960 e 1970, com a intenção de tornar a enfermagem científica e delimitar sua área de atuação, avançando nos conhecimentos filosóficos e desenvolvendo habilidades de reflexão crítica (SOUZA, 2001; BARROS *et al*, 2015).

Ao desenvolver seus conceitos os teóricos de enfermagem primeiramente delimitam sua visão sobre os quatro metaparadigmas da enfermagem: a pessoa, o ambiente, a saúde-doença e a enfermagem (BARROS *et al*, 2015).

A pessoa (ser humano) é o conceito principal, vista como ser bio-psico-sócio-espiritual, holístico com necessidades básicas a serem atendidas. Para que o cuidado flua de forma que alcance sua meta a pessoa deve ser vista em sua unidade e totalidade (SOUZA, 2001).

A enfermagem é vista na interação com as pessoas, em um processo ativo, tendo, a intervenção de enfermagem, a finalidade de atender as necessidades básicas da pessoa, implementando estados de equilíbrio e prevenindo desequilíbrios (SOUZA, 2001).

Wanda de Aguiar Horta desenvolveu sua teoria no final da década de 1970, acompanhando as discussões que já ocorriam nos Estados Unidos uma década antes. Preocupada com a construção e desenvolvimento de um saber de enfermagem baseado em princípios científicos, imbuíu-se de elaborar sua teoria e posteriormente na produção de currículos para acreditação de cursos de graduação em enfermagem (GUALDA, 2001).

A teoria de Horta das NHB sofreu influências de referenciais humanistas, fenomenológicos, pois valoriza a realidade subjetiva, considerando-a mais rica e importante

que a externa, não aceita padronização de ações. Esta visão considera que as pessoas nascem boas visando concretizar no decorrer da vida toda sua capacidade de vir a ser. Acredita que o ser humano pode sofrer influências nos contextos social e familiar auxiliando ou prejudicando a concretização do seu potencial de crescimento. Cada ser é único dando significados particulares às experiências vividas e se estiver em circunstância que receba amor terá mais condições de ser feliz e se auto-realizar (GUALDA, 2001).

A teoria de enfermagem de Horta foi desenvolvida a partir da Teoria da Motivação Humana de Maslow e utilizou o sistema de classificação de Mohana. As necessidades humanas são estruturadas hierarquicamente das mais básicas às mais elaboradas (GUALDA, 2001).

São cinco os níveis de prioridade. Necessidades fisiológicas (água, ar, alimento, sono); necessidades de segurança e proteção (segurança física e psicológica); necessidades de amor e gregarismo (amizade, relações sociais, amor sexual); necessidades de autoestima (autoconfiança, utilidade, propósito e autovalorização) e auto realização (alcance pleno do potencial e da habilidade de resolver problemas e lidar realisticamente com as situações da vida), assim como necessidade de conhecer e compreender e necessidade da arte e beleza (estética) (GUALDA, 2001; NEVES, 2006).

A classificação de Mohana permitiu a Horta fracionar as NHB em necessidades de nível psicobiológico (alimentação, encontro sexual), necessidades de nível psicossocial (convívio social, afirmação perante si e os outros) e necessidades de nível psicoespiritual (instinto ético e teológico) (GUALDA, 2001).

Quando alguma destas necessidades não é satisfeita ou a pessoa não tem capacidade de satisfazê-la há imprescindibilidade do cuidado de enfermagem. Para Horta a enfermagem é

Parte integrante da equipe de saúde, implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrio em equilíbrio pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, procura sempre reconduzi-lo a situações de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço (GUALDA, 2001, p. 88).

O PE quando embasado na teoria de enfermagem de Horta necessita utilizar seus princípios em toda sua estrutura, como Gualda (2001, p. 91) sintetizou:

O histórico de enfermagem tem como base de dados a identificação de necessidades satisfeitas ou parcialmente ou totalmente insatisfeitas e as causas cognitivas ou comportamentais para o não desempenho de ações em benefício próprio. Na implementação, a expectativa é que as necessidades sejam preenchidas e que a estratégia incorpore suporte e manutenção do estado de satisfação de necessidades e bem-estar. (...) na avaliação são comparados os resultados e se estes foram atingidos em termos de mudanças de comportamento em relação às suas necessidades, autocuidado e saúde.

### **3 A importância do raciocínio clínico e do Sistema de Linguagem Padronizada**

De acordo com Cerullo e Cruz (2010), o raciocínio clínico é inerente ao processo de trabalho do enfermeiro, que se utiliza do pensamento crítico para tomar suas decisões assistenciais. Ele é definido como um conjunto de processos mentais interligados que possibilitam o uso da razão para o atendimento de enfermagem adequado da clientela (CERULLO, CRUZ, 2010).

Para Carvalho, Cruz e Herdman (2013, p. 137) o raciocínio clínico é referido como:

Processos cognitivos que os clínicos usam para coletar informações do paciente, analisar os dados, gerar hipóteses e avaliar essas hipóteses. Esses processos permitem que o clínico se mova a partir de dados de avaliação, indicando sinais anormais, sintomas, estados de risco e/ou pontos fortes do paciente para hipóteses sobre a natureza do problema, ou sobre oportunidade de promoção de saúde.

Herdman (2013, p. 46) associa o pensamento clínico ao PE. O PE organiza, de forma sistemática, o trabalho do enfermeiro para que ele consiga prestar uma assistência consistente, individualizada e de qualidade. O PE é o pilar para desenvolvimento do agir e do raciocínio clínico do profissional de enfermagem, pois favorece o “julgamento dotado de objetivo”, a saber, o “raciocínio diagnóstico”, “o julgamento clínico” e a “resolução de problemas”.

Alguns fatores influenciam os enfermeiros quando em uso do raciocínio clínico, são eles: os aspectos etnoculturais e motivacionais do sujeito a serem avaliados, os interesses e bases filosóficas do enfermeiro, a crença do enfermeiro sobre o foco conceitual da enfermagem e sua função social, além de seus valores implícitos e explícitos (CERULLO, CRUZ, 2010, tela 3).

Desta forma, ao enfermeiro avaliar a pessoa que necessita de cuidados, ele busca informações importantes na coleta de dados. Neste processo sua atenção será instigada para alguns aspectos, levando-o a decidir quanto a determinadas intervenções de enfermagem e procedendo a avaliação de resultados conforme sua familiaridade, baseado em suas experiências e valores (CERULLO, CRUZ, 2010).

O SLP de enfermagem objetiva criar uma linguagem comum para eventos da enfermagem. Utiliza de uma linguagem padrão ao se referirem aos fenômenos de sua área de atuação, possibilitando a comunicação de seus avanços de forma que todos os profissionais da enfermagem compreendam (CARVALHO, CRUZ, HERDMAN, 2013; BARROS, LOPES, SILVA, 2015).

Ele organiza os conhecimentos e possibilita o amadurecimento da profissão, além de facilitar o desenvolvimento do raciocínio clínico, diminuindo as lacunas de conhecimento,

permitindo a continuidade do cuidado pela melhora da comunicação clínica e organização do serviço (CARVALHO, CRUZ, HERDMAN, 2013).

Conforme há o aprofundamento de um conceito, existe mais conhecimento, mudando concepções sobre o assunto, tornando-os mais adequados, evitando confusões e dúvidas ou seu uso equivocado (CARVALHO, CRUZ, HERDMAN, 2013). Contribuindo para segurança do paciente, pois permite a seleção da intervenção mais apropriada ao caso (CARVALHO, CRUZ, HERDMAN, 2013).

Para a organização de conceitos, é essencial elencar quais os mais importantes para sua prática. Na enfermagem os metaparadigmas são: a pessoa, o ambiente, a enfermagem e a saúde. Portanto os conceitos essenciais são aqueles que se relacionam à “interação da pessoa com o ambiente e que podem sofrer influência da enfermagem para a busca de uma melhor saúde”. Em outras palavras “são as respostas das pessoas às circunstâncias de vida e saúde (diagnósticos), as ações que a enfermagem usa para influenciar positivamente esta resposta (intervenções) e obter ou manter as melhores condições possíveis de saúde e bem-estar (resultados)” (CARVALHO, CRUZ, HERDMAN, 2013, p. 135).

O SLP organiza conceitos referentes a diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Existem inúmeros sistemas de padronização de linguagem em todo o mundo, porém a NANDA, atualmente conhecida como NANDA-I é a mais antiga taxonomia de diagnósticos de enfermagem, mundialmente conhecida. Nesse contexto estão também para as respostas de enfermagem esperadas a NOC, e para as intervenções de enfermagem a NIC (CARVALHO, CRUZ, HERDMAN, 2013; BARROS, LOPES, SILVA, 2015).

Na década de 1970 criou-se a associação da NANDA para estabelecer e manter as regras sobre os diagnósticos de enfermagem, estes são atualizados a cada 2 anos. Na penúltima avaliação sua classificação com estrutura taxonômica, estava dividida em 13 domínios, 47 classes e 221 diagnósticos aprovados. Os domínios são: promoção da saúde, nutrição, eliminação e troca, atividade/repouso, percepção/cognição, auto-percepção, papéis e relacionamentos, sexualidade, enfrentamento, princípios de vida, segurança e proteção, conforto, crescimento/desenvolvimento (BARROS, LOPES, SILVA, 2015).

A Taxonomia II é multiaxial e possui sete eixos: foco diagnóstico, sujeito diagnóstico, julgamento, localização, idade, tempo e situação do diagnóstico. Os eixos são representados nos títulos diagnósticos, podendo em alguns casos estarem implícitos. Além do mais os diagnósticos podem ser reais, de risco, de promoção de saúde ou de síndrome. As características definidoras são os sinais e sintomas (pistas) que localizamos durante o histórico de enfermagem, nos permite definir o diagnóstico de enfermagem. Os fatores

relacionados são as situações que causaram aquele diagnóstico de enfermagem em cada paciente e devem direcionar as intervenções de enfermagem, portanto são os fatores relacionados presentes em cada caso que vão permitir elencar as intervenções de enfermagem individualizadas mais apropriadas à situação e não o diagnóstico de enfermagem (BARROS, LOPES, SILVA, 2015).

A NOC é uma resposta medida em um dado período de tempo às intervenções de enfermagem e representa “um estado, comportamento ou percepção de um indivíduo, família ou comunidade” aos cuidados de enfermagem recebidos. Foi desenvolvida com função de definir, classificar e organizar os resultados e indicadores sensíveis às ações de enfermagem (BARROS, LOPES, SILVA, 2015, p. 73).

A classificação dos resultados de enfermagem é dividida em três níveis, sendo domínios, classes e resultados. A quarta edição conta com 385 resultados, sete domínios e 31 classes, direcionados para indivíduo, cuidadores, família e comunidade, existindo a divisão em especialidades clínicas. Os domínios são saúde funcional, saúde fisiológica, saúde psicossocial, conhecimento em saúde e comportamento, saúde percebida, saúde familiar e saúde comunitária. Cada resultado traz consigo uma lista de indicadores que avalia a condição do paciente em relação ao indicador, em escala de cinco pontos, do tipo Likert (BARROS, LOPES, SILVA, 2015).

A intervenção de enfermagem compreende qualquer tratamento que vise melhorar os resultados do paciente, deve ser indicada pelo enfermeiro após avaliação clínica, em que ele se utiliza de seus conhecimentos para realizar o julgamento. A NIC foi desenvolvida com função de definir, classificar e organizar as intervenções de enfermagem. Sua quinta edição conta com 542 intervenções de enfermagem e cada intervenção possui uma lista de ações de enfermagem. Ela é dividida em sete domínios e 30 classes. Os domínios são o fisiológico básico, fisiológico complexo, comportamental, segurança, família, sistema de saúde e comunidade (BARROS, LOPES, SILVA, 2015).

#### **4 Dificuldades para implantação do Processo de Enfermagem**

Apesar de todas as vantagens existentes em introduzir o PE no processo de trabalho cotidiano do enfermeiro, inúmeros são os empecilhos para a sua implantação e continuidade. Estudos de Herminda (2004), Takahashi *et al.*(2008) e Santos (2014) abordam os obstáculos para o sucesso do PE.

Algumas dificuldades podem estar relacionadas a fatores externos ao enfermeiro, podendo-se citar questões organizacionais, como as políticas, as normas, os objetivos dos serviços, as deficiências de recursos e sobrecarga de trabalho, limitando o tempo dos profissionais para as suas atividades e causando desgastes físicos e emocionais. Sendo as mais abordadas o descomprometimento da gestão, além de falta de compreensão, por parte desta, da competência da enfermagem, muitas vezes impondo um PE que mais valoriza a documentação com um processo mecanizado à implementação baseada na criticidade; a missão e a filosofia inconsistentes ou incompatíveis com a metodologia do PE; o número de profissionais da enfermagem inferior à necessidade, principalmente no que se refere ao número de enfermeiros; a inexistência de impressos próprios padronizados; a ausência de capacitação tanto para enfermeiros quanto para os técnicos de enfermagem, propiciando que estes últimos não cumpram a etapa de implementação da assistência por desconhecerem sua importância, já que tais profissionais não foram inseridos na sensibilização para implantação do PE (HERMINDA, 2004; HERMINDA, ARAÚJO, 2006; CARVALHO *et al*, 2007; TAKAHASHI *et al*, 2008; SANTOS, 2014).

Porém, podem também estar relacionados a fatores internos ao enfermeiro, como suas atitudes, suas crenças, seus valores e suas habilidades técnicas e intelectuais. Neste grupo estão o despreparo do profissional enfermeiro para lidar com essa ferramenta (falta de fundamentação teórica e/ou prática, inabilidade de desenvolver o raciocínio crítico/clínico) e o desconhecimento do perfil dos pacientes/clientes (HERMINDA, 2004; HERMINDA, ARAÚJO, 2006; CARVALHO *et al*, 2007; TRIGUEIRO *et al*, 2013; SANTOS, 2014).

Embora Takahashi *et al.* (2008) concordem que as dificuldades estruturais e de apoio da gestão dificultem a implantação do PE, verifica que o problema maior está ligado ao pouco conhecimento dos enfermeiros sobre este processo, dificultando sua realização no cotidiano, refletindo a falta de conscientização dessas profissionais quanto à importância de sistematizar sua assistência e planejar o cuidado e a falta de percepção de seu papel social e fundamental na equipe de saúde.

Muitos autores associam a deficiência teórico-prática à pouca ênfase dada ao estudo do PE durante a graduação. Nestes estudos os diagnósticos de enfermagem são a etapa em que os enfermeiros relatam mais dificuldades, pois não dominam os conhecimentos básicos específicos sobre a taxonomia diagnóstica necessários para fazer a definição das categorias diagnósticas (HERMINDA, 2004; HERMINDA, ARAÚJO, 2006; CARVALHO *et al*, 2007; TAKAHASHI *et al*, 2008).

Herdman (2013, p. 46) argumenta para que reflitamos:

Como se pode ensinar os enfermeiros a pensar de maneira crítica e a identificar diagnósticos de enfermagem corretos, se não forem ensinados para eles os conceitos fundamentais do diagnóstico? Se os diagnósticos médicos forem ensinados com mais profundidade, mas os diagnósticos de enfermagem forem ensinados apenas como ferramentas de documentação (planos de cuidados) – sem a profundidade da instrução sobre a etiologia e características de avaliação que são identificadas durante uma avaliação detalhada baseada na disciplina de enfermagem que visa entender a experiência humana e a resposta humana –, como se pode esperar que os enfermeiros pensem criticamente sobre o conhecimento da enfermagem?

### Atividade 3

Exercícios de apoio sobre o PE. Estas questões devem ser desenvolvidas na segunda e terceira semana, com prazo de entrega até o 21º dia, no e-mail da tutora (até as 23:59 h).

- 1) Quais as diferenças entre Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem?
- 2) Qual a contribuição do raciocínio clínico no processo de trabalho da enfermeira?
- 3) É necessário utilizar uma teoria de enfermagem que embase o Processo de enfermagem? A teoria de Wanda Horta atende as necessidades da população abrangida na UTIN (neonato e sua mãe/família)?
- 4) Quais os principais passos necessários para implantar o Processo de Enfermagem na UTIN de seu hospital de forma efetiva? Se ele já foi implantado ele já está funcionando efetivamente? Em caso positivo, você acredita que as ações desenvolvidas têm contribuído para um atendimento adequado a população neonatal? Em caso negativo, em sua opinião o que precisa ser feito para sua melhoria?

### Atividade 4

Leituras sugeridas: para complementar atividade anterior, realizar-se na segunda e terceira semana de curso.

CARVALHO, E.C.; BACHION, M.M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais da enfermagem. **Revista eletrônica de enfermagem**, 2009, v. 11, n. 3, p. 466.

COFEN. **Resolução COFEN 358/2009**: Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2009.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: **52º Congresso brasileiro de enfermagem**, apresentado na mesa redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”. Recife/Olinda – PE, 2000.

### **Atividade 5**

Realizar chat para debate sobre as descobertas, sendo direcionado pela tutora, conforme as respostas obtidas nas atividades anteriores. Os questionamentos devem ter o intuito de estimular a participação dos alunos, contribuir para a construção de seus conhecimentos e seu aprofundamento coletivamente. Os alunos podem trazer leituras contraditórias e de acordo com as argumentações e contra argumentações vão melhorando a compreensão global do assunto, embasando em referenciais. Deve ser lembrado de refletir como estas situações se concretizariam no processo de trabalho destas enfermeiras nesta UTIN. É importante agendar o horário com antecedência e verificando a melhor possibilidade para que todas as enfermeiras participem, cuidando para que não ultrapasse 2 h para não ficar cansativo. Atividade a ser desenvolvida na quarta semana (no 28º dia).

### **Atividade 6**

Apresentação de situação-problema adaptada do problema onde estamos, o que fazemos e para onde vamos? Disponível em Brasil (2014, p. 46). O problema deve ser apresentado logo após o chat (quarta semana), tendo até a sexta semana para resolução. As respostas deverão ser encaminhadas ao e-mail da tutora no 42º dia. A enfermeira pode utilizar o texto 02 e pesquisa com leituras complementares.

### **Problema**

O berço aquecido está pronto. A incubadora de transporte chega, suas portinholas são abertas e lá de dentro, enrolado numa compressa sai um pequeno bebê cianótico, parecendo gemer, ele está com FR 70 mrpm, FC 95 bpm, perfusão periférica de 5 segundos, temperatura de 35,1°C, glicemia de 25 mg/dl. Apresenta BAN, retração subcostais e padrão respiratório irregular. Rapidamente é intubado, colocado em ventilação mecânica e uma sonda orogástrica é passada, e a enfermagem começa a preparar-se para "pegar uma veia". Qual foi o peso?

Pergunta o médico. Abaixo do esperado – o previsto era 1.100 g, mas está com 820 g. Também pareceu que a idade gestacional não está correta. Ele parece mais imaturo, sua pele é gelatinosa, não tem definição mamilar, assim como não tem sulcos plantares.

- 1) Em sua opinião o que pode estar acontecendo com este RN em relação a transição neonatal?
- 2) Sua T está em 35,1°C: que mecanismos foram acionados pelo RN para sua elevação, quais as reações internas quando sua temperatura está abaixo da ideal e quais as suas consequências? Qual a faixa de temperatura considerada normal para RN?
- 3) Observem que o RN veio sem o saco de polietileno envolvendo seu corpo. Qual sua função? Em que faixa de peso é indicado seu uso?
- 4) Quais os principais riscos deste paciente? Ele tem risco de icterícia? Como é realizada a avaliação utilizando a Zona de Kramer?
- 5) De acordo com o peso como é classificado este RN? Que instrumento pode ser utilizado para avaliação de sua idade gestacional?
- 6) Utilizando o quadro 01-lista da NANDA-I, NOC, NIC (Apêndice A), elenque: os principais diagnósticos de enfermagem, os resultados esperados para cada diagnóstico e as atividades para cada intervenção escolhida para a situação-problema.

## **Atividade 7**

Estudo individual sobre o texto de apoio 02. Iniciar paralelamente a atividade anterior. Para ser desenvolvida entre a quinta e sétima semanas.

## **Texto de apoio 2 – As características da neonatologia e sua relação com o Processo de Enfermagem**

### **1 Características da Neonatologia**

A neonatologia é um ramo da pediatria que atende recém-nascidos (RN) até completarem 28 dias de vida, quando pré-termos (prematurados) devemos considerar sua idade corrigida. O RN prematuro é aquele que nasce com idade gestacional igual ou inferior a 36 semanas e seis dias, ou 259 dias (NARVEY, FLETCHER, 2007). A prematuridade pode ser dividida em três categorias: prematuros extremos, nascidos abaixo de 30 semanas; prematuros

moderados, nascidos entre 31 e 35 semanas e prematuros limítrofes, nascidos com 36 semanas (CAMARGO, PAIVA, 2009).

A Resolução nº 7 de 2010 do Ministério da Saúde, afirma que UTI é uma área crítica destinada à pacientes graves que necessitam de assistência especializada e contínua, utilizando-se de tecnologias específicas para o diagnóstico, monitorização e terapia do paciente (BRASIL, 2010).

A Unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) é um setor hospitalar especializado ao atendimento de neonatos que manifestaram dificuldades de adaptação à vida extrauterina, que estejam graves ou com risco de morte. Enquadra-se nesta categoria neonatos prematuros extremos ou que pesem abaixo de 1.000 gramas; que apresentem sepse, distúrbio de coagulação ou necessidade de drogas vasoativas independentemente da idade gestacional; que desenvolveram insuficiência respiratória aguda sendo indispensável a ventilação mecânica; malformados que necessitem procedimento cirúrgico, nutrição parenteral, prostaglandina ou os neonatos com imprescindibilidade de exsanguinotransusão (BRASIL, 2012).

Estudos de Pedron e Bonilha (2008) e Rocha *et al.* (2015) demonstram que a prematuridade é a principal causa de internação em UTIN, dado também confirmado na UTIN do HU/UFGD. Em levantamento preliminar dos livros de registro de internação observou-se que entre 31 de dezembro de 2010 e 31 de março de 2015, das 1.616 internações, 1.066 ou 66% é decorrente da prematuridade. A maior parte dos pacientes internados são provenientes das demais cidades da macrorregião de Dourados (90%) demandando da unidade hospitalar um local para que as mães fiquem alojadas.

Todos os avanços tecnológicos e biológicos permitiram uma redução da morbimortalidade neonatal, com redução da infecção à custa do isolamento do RN, porém estas medidas ocasionaram separação do binômio mãe-bebê, prejudicando o vínculo afetivo, aleitamento materno trazendo consequências psicossociais e de desenvolvimento destas crianças (RODRIGUES, OLIVERA, 2004; OLIVEIRA, RODRIGUES, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2006; COSTA, PADILHA, 2010; SÁ, RODRIGUES, 2010; COSTA, PADILHA, 2011; COSTA, PADILHA, 2012).

Atitudes do ministério da saúde desde final da década de 1990 buscaram com o método Canguru mostrar a importância de se instituir um cuidado humanizado, individualizado, como a inserção da família no ambiente neonatal. Transcendendo o cuidado voltado para a sobrevivência para um cuidado que fosse integral, compreendendo o neonato como um sujeito único e de relações, sendo necessário escuta sensível e intuição (COSTA *et al.*, 2010; SÁ, RODRIGUES, 2010; COSTA, PADILHA, 2011).

O processo de enfermagem baseado na teoria de Wanda Horta (NHB) permite este olhar integral ao neonato e sua família oportunizando a enfermeira um atendimento mais completo e resolutivo. Para que ele consiga detectar alterações com o neonato ou sua mãe durante o período de internação, é necessário ela compreender as principais características que envolvem este binômio no período neonatal.

A enfermeira deve dispor conhecimentos específicos sobre as características neonatais, que a subsidiem para a observação e avaliação do paciente grave. Naturalmente logo após o nascimento, o RN passa pelo processo de transição neonatal, ou adaptação extrauterina de seus sistemas. Dentro das primeiras 24 h de vida ocorrerão ajustamentos fisiológicos e comportamentais necessários para que ele desempenhe as funções anteriormente exercia pela placenta. O primeiro deles é a respiração espontânea (BELLI, 2009; TAMEZ, 2013e).

Neste texto optamos por descrever algumas alterações fisiológicas ou anatômicas ocorridas durante a transição neonatal, os parâmetros necessários para avaliação destes usuários e certas particularidades deles. Utilizamos como direcionamento o módulo I do curso de neonatologia intensiva do portal educação, acrescido dos demais referenciais citados ao longo do texto. O desenvolvimento da percepção das características do RN é importante para que a enfermeira consiga distinguir de antemão os detalhes fornecidos por estes usuários durante a assistência prestada.

Para relatar as alterações observadas no RN optamos por utilizar as divisões propostas por Wanda Horta, especificamente as necessidades psicobiológicas, com intuito de favorecer o desenvolvimento do raciocínio clínico.

## **1.1 Oxigenação**

É verificado no feto o desenvolvimento constante do sistema respiratório para prepará-lo para o nascimento. Uma substância muito importante para que a respiração aconteça adequadamente é o surfactante. Este poderoso tensoativo permite que após a expiração os alvéolos mantenham-se distendidos, evitando seu colapso. Entre a 24<sup>a</sup> e 30<sup>a</sup> semanas de gestação os pneumócitos do tipo II iniciam a liberação deste fosfolípido aumentando sua produção em torno da 34<sup>a</sup> semana. Caso o colapso ocorra, existirá prejuízo das trocas gasosas, aumentando o trabalho respiratório, podendo levar o RN ao colapso respiratório, agindo em cadeia em outros sistemas se o problema não for resolvido (SADLER, 2010b).

Ao nascimento e com as primeiras respirações ocorre a mudança da circulação fetal para a do tipo adulto. Há o esvaziamento do líquido pulmonar e o volume pulmonar se

consolidada, permitindo instauração da circulação pulmonar (pequena circulação), além de instituir mudanças para atingir o padrão respiratório contínuo, porém em muitos momentos é verificado no neonato o padrão irregular (SADLER, 2010a).

Inicialmente, nos primeiros 10 minutos de vida, a frequência respiratória (FR) pode variar entre 25 e 90 movimentos respiratórios por minuto (mrpm), em média 60 mrpm, permanecendo nesta média nas primeiras 6 h de vida, atingindo os 40 mrpm ao final do primeiro dia de vida (BELLI, 2009). Podem ocorrer pausas respiratórias, ou apneia (interrupção da respiração por período  $\geq 20$  segundos) com possibilidade de ser acompanhada de bradicardia (THOMPSON, HUNT, 2007).

Deve-se cuidar para manter a via aérea (VA) do RN aberta pelo uso de coxins sob suas escápulas, devido à característica anatômica de sua cabeça posteriormente ser ligeiramente abaulada e pela ausência de força muscular na região cervical para manter sua sustentação voluntária com ligeira extensão (SBP, 2016a, b).

## **1.2 Cardiovascular**

Quando ocorre a primeira respiração do RN e o clampeamento do cordão umbilical inicia a transição da circulação fetal para a adulta observando durante o primeiro mês de vida a conclusão do fechamento dos shunts fetais: ducto arterial, forame oval, veia umbilical e ducto venoso e as artérias umbilicais (SADLER, 2010a, TAMEZ, 2013c).

Caso sejam observados intrauterinamente hipoxemia, acidose, deficiência de surfactante aspiração de mecânico ocorrerão dificuldades de transição pelo fato dos shunts se manterem abertos, estes problemas devem ser prontamente resolvidos permitindo uma evolução positiva do paciente (ALVARO, RIGATTO, 2007).

O volume sanguíneo observado em um neonato gira em torno de 80 a 100 ml/kg, sendo de um prematuro em torno de 90 a 105 ml/kg. Caso o clampeamento do cordão seja tardio e se a placenta posicionada acima do nível do RN, percebe-se um volume sanguíneo aumentado e também uma possibilidade de elevação da bilirrubina nos primeiros dias de vida (TAMEZ, 2013b).

Ao nascer o RN tem uma frequência cardíaca (FC) em torno de 160 batimentos por minuto (bpm), observando os primeiros 10 minutos de vida, chegando a 140 bpm na primeira hora. A pressão arterial (PA) é naturalmente baixa, sendo que alguns fatores como tipo de parto, nível de transfusão placentária, temperatura corporal, grau de atividade, postura e estado de alerta no RN e durante a sucção podem permitir sua elevação (BELLI, 2009).

O RN, ao nascimento, possui deficiência de vitamina K que atua diretamente na ativação dos fatores de coagulação (II, VI, IX e X). A vitamina K é produzida pelas bactérias intestinais (*Bacteroides fragilis*, *Escherichia coli* e *Streptococcus faecalis*), sendo depositada no fígado. Devido à ausência inicial da flora intestinal ao nascimento e imaturidade hepática é recomendada sua obtenção através de administração preventiva de vitamina K na sala de parto. A ausência de administração ao nascimento pode ocasionar a doença hemolítica do RN (FIGUEIREDO *et al*, 1998).

A produção de hemácias é provocada pela eritropoietina (hormônio renal). Para que a eritropoietina seja liberada é necessária a baixa saturação de oxigênio fetal. Quando o RN estabelece sua respiração e eleva a saturação observa-se a inibição de eritropoietina e da produção de hemácias (MARTINS, 2004).

O tempo de vida da hemácia do RN é em torno de 70 a 90 dias, sendo observado no adulto um tempo de 120 dias, esta característica de menor tempo de vida associada a baixa da produção pela oxigenação adequada justifica a possibilidade de uma anemia fisiológica neste paciente (MARTINS, 2004; ASKIN, 2011).

Pode-se verificar, também, que a afinidade das hemoglobinas (Hb) pelo oxigênio ser um pouco maior que do adulto, como mecanismo compensatório. O valor normal considerado para o RN é de 17,5 g/dl e para o hematócrito (Ht) 52,5%, sendo que do prematuro de 26 a 30 semanas é Hb 13,4 g/dl e Ht 40,2% (MARTINS, 2004).

### **1.3 Termorregulação**

Outro fator essencial para uma transição adequada é a manutenção da temperatura corporal do RN. Esse paciente possui uma limitação da capacidade termorregulatória que tem seu funcionamento devido equipamentos de aquecimento e esfriamento corporal (ASKIN, 2011).

A prevenção da hipotermia é um dos objetivos mais importantes durante o cuidado neonatal. Quando o RN não é mais apto a manter o controle regulatório pode ocorrer resfriamento ou superaquecimento, levando à exaustão e morte (ROLIM *et al*, 2010).

O RN tem características fisiológicas que aumentam o risco de hipotermia: uma superfície corporal grande em relação à sua massa; quantidade de gordura subcutânea diminuída para realizar o isolamento térmico; instabilidade vasomotora e capacidade metabólica limitada (ASKIN, 2011).

Num ambiente térmico neutro, aquele em que as temperaturas ambientais exigem menos energia do RN para manter sua temperatura corporal estável pode girar entre 23 graus *celsius* (°C) a 26° C nos primeiros dias de vida (SBP, 2016). Neste caso o consumo de oxigênio e produção de dióxido de carbono são menores na manutenção da temperatura corporal normal. Quando as temperaturas estão acima ou abaixo do ambiente térmico neutro ocorre aumento do consumo de oxigênio e elevação do metabolismo, exigindo do RN ajustes vasomotores, como vasoconstrição para conservar o calor e vasodilatação para liberá-lo (ASKIN, 2011).

Em um ambiente frio ou em outros processos estressantes ao RN ele se defende contra a perda de calor com controle vasomotor, com isolamento térmico e atividade muscular e termogênese sem tremor de frio. A atividade muscular é vista como aumento da movimentação, que percebemos como irritabilidade. Ocorre a quebra de gordura marrom para gerar calor, aumentando o catabolismo (ROLIM *et al*, 2010).

Neste processo há liberação de noradrenalina que causa vasoconstrição periférica, pulmonar, aumento do shunt direito-esquerdo, aumentando o consumo de oxigênio e liberação de dióxido de carbono, acidose, hipóxia com metabolismo anaeróbico que piora a acidose podendo levar ao óbito (ROLIM *et al*, 2010).

Por isto observa-se a importância um controle da temperatura desde a sala de parto, que deve manter-se em torno de 23°C a 26°C, para não permitir a perda de calor por convecção, logo em seguida o RN é colocado em berço de calor radiante evitando a perda de calor por radiação, assim como seco com campos aquecidos e desprezados ao se umedecerem, evitando a perda por evaporação, ao colocá-lo em superfícies que podem estar frias sempre é importante protegê-las com campos ou compressas aquecidos para não perderem calor por condução. Quando o RN tem peso menor que 1.500 g deve se utilizar saco plástico de polietileno para evitar a perda de calor por radiação e evaporação, assim como uso de touca (SBP, 2016b).

Deve-se manter a temperatura corporal (T) do RN entre 36,5°C e 37,5°C (normotermia), valores acima de 37,5°C podem ser deletérios ao cérebro, principalmente nos RN anoxiados, temperaturas <36 estão associadas ao aumento da morbimortalidade por favorecerem distúrbios metabólicos, desconforto respiratório, enterocolite necrosante e hemorragia intracraniana (SBP, 2016a, b).

#### **1.4 Regulação Imunológica**

O sistema imunológico é deficiente ao nascer, terminando seu desenvolvimento por volta de dois anos de idade. Idealmente o RN está protegido intraútero, quando a mãe não apresenta nenhuma patologia infectocontagiosa ou processo infeccioso. Em algumas situações pode ser que as barreiras de proteção, como pele e mucosas, não sejam suficientes para mantê-lo afastado dos ataques antigênicos (PAPAGEORGIOU, PELAUSA, KOVACS, 2007; TAMEZ, 2013d).

Quando a mãe tem patologias infectocontagiosas pode permitir sua aquisição de infecções de forma congênita, sendo as mais comuns as TORCHs (toxoplasmose, tuberculose; outras infecções como Sífilis, VZV, Epstein-Barr, entre outras; rubéola, citomegalovírus; hepatites B e C, HIV, HTLV, herpes simples 1, 2) (ASKIN, 2011).

As infecções também podem ser adquiridas intraútero por via ascendente quando a bolsa foi rota há mais de 24 h, na presença de infecção urinária materna, ou qualquer outra infecção, como periodontites e cáries, no momento do parto ou após o nascimento pelo contato com bactérias, vírus ou outro microrganismo durante o parto ou indiretamente pelas mãos dos profissionais de saúde ou no ambiente em que o RN esteja (SILVEIRA, GIACOMINI, PROCIANOY, 2010).

O RN ao entrar em contato com os antígenos inicia sua resposta humoral ou celular, mesmo que de forma incipiente ou imatura (ASKIN, 2011). A imunidade específica pode ser mediada pelos anticorpos humorais também conhecidos como imunoglobulinas. São proteínas sintetizadas pelas células B que atuam especificamente com o reconhecimento do antígeno (reinfecções bacterianas ou virais), ativando o sistema complemento que através de reações químicas removerá o antígeno do corpo (TAMEZ, 2013d).

A imunoglobulina G (IgG) materna é a mais abundante e foi transferida pela mãe por meio da placenta e confere imunidade passiva adquirida de curta duração (três meses de vida), sem produção de anticorpos; a IgG fetal aparece em torno da 12<sup>a</sup> gestação, com níveis mais elevados no terceiro trimestre de gestação, sendo mais ativa contra cocos Gram-positivos (pneumococos e estreptococos), sendo inativo contra os Gram-negativos (*Escherichia coli* e *enterobacter*) (TAMEZ, 2013d).

A IgM é a primeira a ser produzida por indução antigênica, sendo esta que atua na incompatibilidade do tipo sanguíneo e nas infecções por bactérias Gram negativas, não atravessa barreira placentária e o feto inicia sua produção em torno da 20<sup>a</sup> semana de gestação. Ela prove uma imunidade ativa (imunidade natural), seus níveis elevados indicam infecção perinatal (TAMEZ, 2013d).

A IgA é o principal anticorpo do revestimento mucoso dos intestinos e brônquios, não atravessa a barreira placentária, estando comumente ausente no RN, é obtida através do leite materno, conferindo ao neonato imunidade passiva e limita a crescimento bacteriano no trato gastrointestinal, impedindo a translocação bacteriana (MARINELLI, HAMELIN, 2007; FREITAS *et al*, 2011; TAMEZ, 2013d).

Outro mecanismo específico é mediado pela imunidade celular, esta é realizada pelas células T, mais comumente vista nas inflamações. Adquirida também de forma passiva pelo leite materno, ela atua nos antígenos, mobilizando macrófagos tissulares e quando presente fator de inibição migratória gera reações químicas que convertem macrófagos em fagócitos que destruirão os antígenos. Como nos neonatos esta resposta é imatura nem sempre podemos observar resposta inflamatória local, na porta de entrada da infecção, prolongando o início do tratamento (MARINELLI, HAMELIN, 2007; ASKIN, 2011, TAMEZ, 2013d).

### **1.5 Nutrição e Eliminação Intestinal**

Apesar de o feto deglutir líquido amniótico intrauterinamente esta capacidade que depende da coordenação sucção deglutição que se inicia em torno da 34ª semana de idade gestacional, permitindo que ele, caso não esteja com alterações respiratórias importantes seja colocado ao seio materno, após avaliação desta habilidade e posterior avaliação da efetividade da mamada (BRASIL, 2011c).

A capacidade gástrica de um RN de termo é em torno de 40 a 60 ml no primeiro dia de nascimento, o tempo de esvaziamento gástrico oscila entre 2 a 4 h, variando de acordo com tipo de leite, idade do neonato e peristaltismo (GEORGIEFF, 2007).

No neonato prematuro primeiramente avalia-se a função respiratória, na necessidade de intubação endotraqueal há necessidade de sondagem orogástrica. Há um cuidado de se iniciar um aporte de leite materno, nas primeiras horas de vida, sendo conhecido como nutrição enteral mínima (alimentação trófica, inicia em torno de 2ml/kg) e serve para adaptar este sistema digestório gradualmente a sua nova função evitando o risco de translocação bacteriana, atrofia da mucosa intestinal, enterocolite ou hipoglicemia (GEORGIEFF, 2007; MARINELLI, HAMELIN, 2007; FREITAS *et al*, 2011).

Há progressão lenta e gradual da dieta, em torno de 20ml/kg/d, até atingir a dieta plena (150 ml/kg/d). Caso o RN não apresente intolerância ele terá sua progressão total na segunda semana de vida (GEORGIEFF, 2007).

É comum pequenas regurgitações (1 a 2 ml) devido a frouxidão do esfíncter esofágico, sendo considerado transitório e resolvendo com a idade. Já a regurgitação persistente, ou de grandes volumes deve ser investigada (PAPAGEORGIU, PELAUSA, KOVACS, 2007).

Logo após o nascimento o intestino que inicialmente era estéril passa a ser composto por uma colônia bacteriana normal que se forma pela presença de leite materno, preferencialmente, em sua alimentação (FREITAS *et al*, 2011). A atuação da flora bacteriana permite a síntese de vitamina K (FIGUEIREDO *et al*, 1998).

Nos primeiros dias as fezes são conhecidas como mecônio, são verdes escuras, tem um aspecto espesso e pegajoso, em alguns casos sendo semelhante a uma cola, evidenciando a importância de se observar a presença de evacuação nos primeiros dias no RN prematuro, realizando estimulação retal com cotonetes, devido à possibilidade destas fezes impactarem pela pouca força muscular na ampola retal deste paciente favorecendo o desenvolvimento de enterocolite (KENNER, 2001; TAMEZ, 2013a).

Conforme o mecônio é eliminado totalmente, as fezes vão adquirindo a espessura mais aquosa, e mais clara, sendo conhecida por fezes de transição e posteriormente do leite materno, tendo sua cor amarela vivo e seu odor mais adocicado; quando recebem fórmula tem um odor mais forte e são mais pastosas, podendo ocorrer constipação (TAMEZ, 2013a).

## **1.6 Metabolismo**

O principal distúrbio metabólico é a icterícia. O sistema hepático é imaturo e atua na metabolização da bilirrubina para posterior excreção através pela urina e evacuação como mecônio. A bilirrubina é um pigmento biliar amarelado subproduto da degradação das hemácias. Ela precisa se ligar a albumina plasmática, nesta etapa é conhecida como bilirrubina não conjugada (bilirrubina indireta) para ser direcionada ao fígado e ser metabolizada, após sua junção com ácido glicurônico, tornando-se a bilirrubina conjugada (direta) que tem capacidade de ser eliminada (MAISELS, 2007).

Caso o acúmulo de bilirrubina indireta na corrente sanguínea seja superior ao que o fígado possa sintetizar ocorre à icterícia neonatal. Fatores como anóxia, estresse por frio, hipoglicemia e infecção podem aumentar o risco de o neonato desenvolver a icterícia. A icterícia pode ser fisiológica ou patológica (MAISELS, 2007).

A icterícia fisiológica ocorre de 48 a 72 h de vida, atingindo um pico do nível sérico de bilirrubina entre 04 e 10 mg/dl. Já a icterícia patológica ocorre dentro das primeiras 24 h de

vida, com aumento do nível de bilirrubina sérico acima de 5 mg/dl/d, no RN termo acima de 15 mg/dl e prematuro 10 a 14 mg/dl, podendo ter seu aumento em torno de 0,5 mg/dl/h. As causas mais comuns são a incompatibilidade ABO ou RH, infecção, anormalidades hepáticas, biliares ou metabólicas. Exigindo atuação rápida para diminuição dos níveis através de fototerapia, quando estes níveis continuam altos, mesmo com uso de fototerapia tripla, no acompanhamento seriado há indicação de exsanguinotransfusão, para evitar o *Kernicterus*, ou encefalopatia bilirrubínica. Ocorrendo danos irreversíveis ao cérebro pela deposição da bilirrubina (MAISELS, 2007; TAMEZ, 2013b).

Outros distúrbios que causam as alterações metabólicas mais comuns ao RN são a hipóxia, hipoglicemia e hipotermia que geram acidose e estão associados com anóxia neonatal (asfixia geralmente relativa ao trabalho de parto), choque térmico do nascimento e necessidade de glicose e oxigênio aumentados (demanda maior que o fornecimento) (ROLIM *et al.*, 2010). A hipoglicemia é confirmada quando o nível de glicose capilar do o RN está abaixo de 40 mg/dl, devendo ser tratada. Quando o feto está intraútero recebe toda a glicose de sua mãe, tendo uma queda substancial ao nascimento, devido a brusca interrupção de seu fornecimento ocorrida pelo parto, justificando a importância de atentar aos níveis de glicemia nas primeiras horas de vida, principalmente em RN prematuros e os macrossômicos, que em geral são filhos de mães diabéticas, que apresentam tendência maior a desenvolver hipoglicemia nos primeiros dias de vida (TAMEZ, 2013c).

### **1.7 Eliminação Vesical**

O rim é muito importante durante a transição da vida fetal para a neonatal, pois o fluxo sanguíneo renal corresponde a 6% do débito cardíaco ao fim da primeira semana, sendo 15% ao final do primeiro mês. A urina já é formada pelo feto desde a décima semana gestacional e ela auxilia na composição do líquido amniótico (KENNER, 2001).

Alguns RNs acabam eliminando a primeira urina ainda na sala de parto, sendo considerado o final das primeiras 24 h o período limite para a primeira eliminação urinária. O volume esperado de urina é estimado entre 1 e 3 ml/kg/h. É comum os RN de termo perderem de 10% até 15% de seu peso corporal, em decorrência da perda de líquidos, sendo que em RNs prematuros este valor oscila entre 15% e 20%. Somente ao final do primeiro ano que a função renal passa a se igualar a do adulto (KENNER, 2001).

### **1.8 Integridade Cutâneo-mucosa**

O RN de termo apresenta a pele envolvida com vérmix caseoso, que tem a função de proteção da pele, não devendo ser retirado ao nascimento. Em geral a pele é quente e úmida ao toque, pode apresentar lanugem (pelos finos) que também funcionam como barreira contra invasão por microrganismos (ASKIN, 2011).

Pode apresentar ligeiramente avermelhada quando em temperatura ideal, acrocianose e o moteamento (pele marmórea) podem estar presentes, devido hipotermia ou infecção, sendo usual o aquecimento das extremidades e posterior avaliação de sua resolução (SILVEIRA, GIACOMINI, PROCIANOY, 2010).

Pode ser que o neonato permaneça com moteamento e apresente palidez que também podem indicar alterações vasomotoras, devido infecção, ou um débito cardíaco diminuído, sendo necessária avaliação da perfusão periférica que não pode ser superior a 2 segundos (tempo de enchimento capilar) que pode indicar necessidade de uso de droga vasoativa (SILVEIRA, GIACOMINI, PROCIANOY, 2010; MATSUNO, 2012).

RN pós-termo apresenta a pele mais ressecada com aspecto de pergaminho (envelhecida), com presença de várias fissuras nas articulações, principalmente do dorso dos pés (ASKIN, 2011).

A pele do prematuro, dependendo de sua imaturidade pode apresentar mais dificuldades em desempenhar sua função de barreira de proteção contra infecções, assim como o favorecimento de perda de líquidos, por apresentar pouco estrato córneo e não estarem bem justapostos. Pode estar gelatinosa, translúcida, com vasos visíveis e úmida, sendo muito vulnerável ao uso de adesivos e substâncias abrasivas (clorexidina). A maturidade da pele do prematuro está presente ao nascimento quando nasce após 32 semanas de gestação, nos demais casos o seu desenvolvimento ocorre após duas semanas de vida, independentemente da idade gestacional (PAPAGEORGIU, PELAUSA, KOVACS, 2007).

## **1.9 Sensório-motor**

Apesar do sistema neurológico do RN estar em desenvolvimento ele realiza funções como: estimulação das respirações iniciais, manutenção do equilíbrio ácido básico e regulação da temperatura corporal. A função neurológica é controlada principalmente pelo tronco cerebral e medula espinhal (BRASIL, 2011b).

O sistema autônomo e o tronco cerebral coordenam as funções respiratórias e cardíacas, é devido este fator que se o RN for submetido a muitos estímulos (dor) pode ter seu

sistema sobrecarregado apresentando irritabilidade e posterior fadiga, podendo ser observadas por alterações fisiológicas, nas funções cardiovascular e respiratória, além das fâcies e postura (PAPAGEORGIOU, PELAUSA, KOVACS, 2007).

Todos os nervos cranianos estão presentes ao nascimento, porém os nervos moduladores da dor (descendentes) não estão totalmente cobertos por mielina, permitindo que ele sinta a dor e que ela demore a ser controlada (BRASIL, 2011b).

O cérebro necessita de suprimento constante de glicose como fonte energética, assim como um nível de oxigênio suficiente para manter o metabolismo celular adequado. Atentando a hipóxia, hipoglicemia ou hiperóxia que também é prejudicial às células cerebrais (ROLIM *et al*, 2010; TAMEZ, 2013c).

O cerebelo coordena a postura, em seus ajustes de flexão e extensão para manter os movimentos coordenados, assim como os reflexos primitivos existentes para proteção e essenciais para sobrevivência, como sucção, reflexo de procura, Moro, preensão, palmar, plantar, dentre outros (BRASIL, 2011b).

O RN tem uma percepção visual limitada, com 32 semanas pode começar uma interação, fixando o olhar intencionalmente em uma face, principalmente durante a amamentação para reforçar a ligação emocional com seus pais; pode ser que tenha um estrabismo transitório devido controle incompleto dos movimentos oculares. Ele reage a luz fazendo caretas, devido sua fotossensibilidade ocular, sendo aconselhável não utilizar luz direta sobre ele e utilizar mantas protetoras sobre as incubadoras visando amenizar o estresse, humanizar seu atendimento e facilitar a interação (GLASS, 2007).

Ele já reage aos sons maternos (voz, músicas, batimento cardíaco quando em posição canguru) ou outros conhecidos apresentando relaxamento. Devem-se evitar ruídos de alta frequência, pois causam agitação e estresse, podendo levar a comprometimento neurológico devido ao risco de hemorragia periventricular, principalmente nos prematuros (GLASS, 2007).

Durante a transição o RN oscila entre os padrões de consciência, sono e vigília (NARVEY, FLETCHER, 2007). Nas primeiras horas de vida ele está no período de reatividade neonatal que dura em torno de 60 minutos, é um período marcado por muita atividade vigorosa, choro, com frequências cardiorrespiratórias mais elevadas. Ele apresenta forte desejo de sugar devido seu estado de alerta, neste período percebe-se o reflexo de Moro presente em muitas situações necessárias na admissão para auxiliar as adaptações do RN. Observam-se caretas, tremores finos de queixo, choro, piscar de olhos e outros movimentos oculares (BELLI, 2009).

A seguir é percebido o estágio de sono que pode durar até 4 h após o nascimento, observando diminuição das frequências cardiorrespiratórias, com melhora da acrocianose, respondendo pouco aos estímulos externos. Ele é substituído pelo segundo período de reatividade, que pode durar de 4 a 6 h, em que ele desperta e responde exageradamente aos estímulos, com oscilações das frequências e segue em alternância entre atividade, reatividade e repouso (BELLI, 2009).

Pode-se avaliar o estado de consciência pela escala de Brazelton, que dispõe de dois estados de sono e quatro de vigília. Este estado pode ser afetado por medicações, fome, ciclos circadianos, estresse (ruído, dor, luz forte) ou qualquer desconforto físico, que foi descrita por Narvey e Fletcher (2007) e Brasil (2011b):

Sono profundo: ele se mantém de olhos fechados, as respirações são regulares, não sendo acordado facilmente com estímulos externos.

Sono leve: os olhos estão fechados e ocorrem os movimentos oculares rápidos (REM), o padrão respiratório é irregular, com presença de suspiros e movimentos de sucção, pode ser acordado com facilidade nesse estado.

Estado de sonolência: os olhos podem estar abertos ou fechados, as pálpebras podem agitar-se com frequência e ele tenta tornar-se alerta.

Estado de vigília: os olhos estão abertos, brilhantes e focalizando as fontes de estímulo; responde ao ambiente, faz movimentos propositais e com boa coordenação dos olhos e mãos (organização).

Estado ativo: os movimentos oculares e corporais aumentam devido aos estímulos. É uma tentativa de se defender dos estímulos, tentando retirá-los demonstra irritabilidade (desorganização).

Estado de choro: resposta aos estímulos com choramingos leves e mínima atividade motora, passando ao aumento da movimentação e do choro, leva a desorganização do RN, caso ele não seja acalmado pode levar a fadiga, fuga por exaustão, retirando-se emocionalmente, dormindo (desorganização).

O histórico de enfermagem é um passo importante para levantamento das necessidades neonatais ou maternas afetadas. O histórico é composto por anamnese e exame físico (GUTIERREZ, 2001). No caso dos pacientes neonatais os dados poderão ser inquiridos em entrevista com os pais e/ou responsáveis (cuidado centrado na família), ou com os profissionais de saúde que atenderam o parto ou transferência do RN. É importante que aborde além das questões fisiológicas, também as emocionais da mãe, sociais, entre outras,

como a espiritual. Estas informações subsidiarão a enfermeira e permitirão que ela se antecipe aos problemas perinatais potenciais, tomando condutas mais precisas (LANDY, 2007).

A anamnese deve abranger informações da história pregressa materna, do pré-natal, dados intraparto. Deve conter dados de identificação do RN, antecedentes familiares (doenças progressas), antecedentes obstétricos (gestação, parto e aborto), dados da gestação atual e pré-natal (data da última menstruação, duração da gestação em semanas, exames, vacinas, consultas, tipo sanguíneo, uso de droga, cigarro ou medicação, patologias), informações do parto (tipo, apresentação, tempo de rotura de bolsa, aspecto do líquido amniótico, sinais de infecção intercorrências) e dados do RN no parto (sexo, peso, idade, APGAR, necessidade de reanimação, cuidados) (LANDY, 2007).

De acordo com Tamez (2013a), o exame físico em neonatologia é uma importante ferramenta utilizada pelo enfermeiro na UTIN, tanto na admissão, quanto nas avaliações subsequentes. Tem o objetivo de identificar anormalidades apresentadas pelo neonato, sejam na forma de estresse ou trauma e oferecer suporte para avaliar alterações.

A utilização de um impresso de histórico de enfermagem (Apêndice A – Figura 1) permite o registro da situação atual do neonato, assim como das questões inquiridas aos familiares subsidiando o enfermeiro no desenvolvimento de seu raciocínio clínico e na realização do PE, identificando os problemas de enfermagem ou potencialidades de promoção de saúde, permitindo uma tomada de decisão individualizada (TAMEZ, 2013a).

O primeiro exame físico completo deve ser realizado de duas a 12 h de vida e os consecutivos de acordo com a necessidade do RN, podendo se padronizar na UTIN no mínimo uma avaliação completa a cada 24 h devido à gravidade dos pacientes. A enfermeira deve observar os sinais vitais (SSVV) e dados antropométricos do paciente (BELLI, 2009; TAMEZ, 2013a).

A FR varia de 30-60mrpm e depende do período de reatividade do RN, deve ser avaliada por um período de um minuto completo, devido geralmente eles apresentarem irregularidade do ciclo respiratório no início da vida. A enfermeira deve estar atenta a presença de respiração forçada, assimetria da expansão torácica, batimento das aletas nasais, retrações torácicas (tiragem), gemidos expiratórios, estridor, taquipneia ou bradipneia, pois são indicativos de disfunção respiratória (NARVEY, FLETCHER, 2007).

A FC deve ser obtida pela ausculta com estetoscópio sobre o pulso apical (entre quarto e quinto espaço intercostal, na linha hemiclavicular esquerda), ela varia entre 110 e 160bpm, deve-se também atentar para ritmo, e presença de sons anormais, como sopro (NARVEY, FLETCHER, 2007).

A PA pode ser conseguida instalando o manguito sobre a artéria braquial ou poplítea, realizando-se a mensuração pelo monitor, o cuidado fica por conta da escolha de manguito que deve ser adequado ao tamanho do RN para evitar leitura enganosa (TAMEZ, 2013a). A pressão arterial média (PAM) é o indicador mais importante para acompanhamento que deve manter-se acima de 30 milímetros de mercúrio (mmHg), valores abaixo indicam hipotensão com necessidade de medidas corretivas (RIBEIRO, GARCIA, FIORI, 2007).

A T é verificada na axila, devendo manter-se entre 36,5°C e 37,5 °C. A hipotermia e a hipertermia devem ser evitadas devido maior morbimortalidade associada a elas (SBP, 2016a, b).

O peso deve ser obtido com RN despido e antes da alimentação, outros cuidados a serem tomados são: realizar a desinfecção da balança, antes e após o procedimento de pesagem para cada neonato; utilizar um cueiro individual, sobre a balança e manter o ar-condicionado desligado durante o procedimento, para evitar estresse por frio. Lembrando de tarar a balança com o peso do cueiro, anteriormente; este cueiro pode ser utilizado para fazer o enrolamento do RN ao mobilizá-lo do leito (incubadora/berço) para a balança e vice-versa, evitando estresse comportamental e desorganização do mesmo. Esta é considerada uma pesagem humanizada (BRASIL, 2011a).

A estatura é obtida pelo uso de um estadiômetro ou fita métrica, o RN deve estar em uma superfície plana e rígida, colocado em posição supina e com as pernas estendidas, aferindo da cabeça ao calcanhar. Deve se lembrar de realizar a desinfecção antes e após a mensuração de cada neonato (BELLI, 2009).

A medida do perímetro cefálico (PC) é realizada com fita métrica passando sobre as orelhas, entre os três polos proeminentes: occipital, parietal e frontal. O perímetro torácico (PT) deve ser verificado após a inspiração e antes da expiração, com a fita métrica sob as axilas e no nível dos mamilos, ela pode ter cerca de dois centímetros a menos que o PC. O perímetro abdominal (PA) é obtido pela mensuração com fita métrica da região acima do coto umbilical. É imprescindível a desinfecção da fita métrica antes e após sua utilização (NARVEY, FLETCHER, 2007).

O exame físico deve permitir uma avaliação geral e completa do RN, de forma geral deve-se observar cor da pele, postura, atividade espontânea, reatividade, tônus muscular, padrão respiratório, fâcies, estado de hidratação e consciência, assim como eliminações e presença e localização de cateteres. Deve ser observada qualquer anormalidade aparente (TAMEZ, 2013a).

Na cabeça deve-se verificar a forma, o perímetro (microcefalia, hidrocefalia), avaliar as fontanelas (abaulamento, depressão, tamanho), as suturas (podem estar acavalgadas pelo parto ou podem estar fixas, presença de bossa serossanguínea, céfalo-hematoma, observar olhos (prega epicântica, distância das pálpebras, catarata, nistagmo, pupilas, sinal do sol poente), implantação das orelhas, permeabilidade das coanas nasais (tipo de secreção) e se há batimento das aletas nasais (BAN), presença de sialorreia na cavidade oral (aspecto), avaliar palato (fendas, formação em ogiva), posição da mandíbula, avaliar freio lingual. No pescoço avaliar clavículas (fratura), se é alado (BELLI, 2009).

No tórax deve ser avaliada necessidade de oxigenação e cardiovascular. Observar o tórax quanto a expansibilidade, simetria, retrações. Auscultando pulmões, avaliando frequência e sons, verificar sinais de desconforto, ver saturação. A ausculta cardíaca avalia a frequência e as bulhas quanto ao ritmo, presença de sopro, avaliar a cor e PA, pulsos, perfusão (ASKIN, 2011).

No abdômen é avaliado a nutrição, realiza-se primeiro a ausculta e inspeção, observando escavamento (hérnia diafragmática), distensão, presença de alças intestinais visíveis, gastrosquise, onfalocele, extrofia de bexiga, hérnias umbilical ou inguinal, quantidade de artérias e veia do cordão, presença de impregnação de mecônio no coto umbilical, aspecto do coto (hiperemia, secreção). Palpar em busca de massas e visceromegalia. Também sinais de regurgitação, vômito com seus volumes e aspecto, avaliando tipo de alimentação e via. Verificar permeabilidade anal através de estimulação com sonda, caso não tenha apresentado evacuação, verificar aspecto, odor e volume das fezes (ASKIN, 2011).

Na genitália masculina verificar posicionamento dos testículos (premature), hidrocele, fimose, localização do meato (epispádia, hipospádia). Na feminina observar presença de secreção (aspecto), hipertrofia de clítoris, sinéquia, imperfuração himenal. A eliminação vesical é considerada satisfatório ao RN mantendo-se entre 01 e 03 ml/h (ASKIN, 2011; TAMEZ, 2013a).

Na pele deve ser determinada a temperatura em relação à do ambiente (incubadora, berço aquecido, simples), observado cor que pode estar: pálida, corada, pletórica, cianótica, ictérica. A presença de edema, lesão, eritema tóxico, *mílium*, hemangioma, hematoma (tocotrauma), petéquias, equimose, máscara cianótica (circular de cordão), síndrome de arlequim (alteração vasomotora em que um hemicorpo apresenta palidez e o outro corado) (ASKIN, 2011).

Extremidades avaliar dedos extranumerários, manobra de Ortolani, movimentação dos membros (simetria), presença de prega simiesca. Coluna verificar integridade, presença de cisto ou defeitos (meningomielocèle). Além dos reflexos, atitude, postura e movimento (ASKIN, 2011).

É importante também avaliar o RN quanto ao peso e idade gestacional. Considerando o peso temos: o baixo peso (BP – < 2.500 g), muito baixo peso (MBP – < 1.500 g) e extremo baixo peso (EBP – < 1.000 g), assim como RN grande para idade gestacional (GIG – o peso está acima do percentil 90° na curva de crescimento), RN adequado para idade gestacional (AIG – o peso está entre o percentil 10° e 90° na curva de crescimento), RN pequeno para idade gestacional (PIG – peso está abaixo do percentil 10° na curva de crescimento) (ASKIN, 2011). São realizadas as avaliações de idade gestacional em RN > 27 semanas utilizando o método Capurro (avaliação somática e neurológica), já nos RNs prematuros abaixo desta idade preferencialmente deve ser empregado o método New Ballard (NARVEY, FLETCHER, 2007).

Na realização do histórico de enfermagem, a enfermeira deve servir-se do senso de observação para identificar os problemas que estão afetando o indivíduo nos aspectos biopsicossociais e espirituais, respeitando a autonomia da família e suas deliberações segundo seu plano de vida (GUTIERREZ, 2001). O direito a escolha dos pais/responsáveis será redirecionado ao estado apenas quando coloca em risco a vida do paciente neonatal.

Os aspectos abordados neste texto intencionam direcionar a enfermeira no desenvolvimento de habilidades para realização do exame físico do RN, compreendendo as questões psicobiológicas.

## **Atividade 8**

Pesquisa individual sobre os termos do texto 2 que são desconhecidos para as enfermeiras. Elencar os termos buscando suas conceituações. Deve ser desenvolvida na sétima e oitava semanas, com encaminhamento da lista com resultado da pesquisa ao e-mail do tutor até o 56° dia (até as 23:59 h).

## **Atividade 9**

Leituras sugeridas: realizar na nona semana.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. O casal grávido – a construção da parentalidade. In: BRASIL. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011, p. 28-38.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Nascimento pré-termo e formação de laços afetivos. In: BRASIL. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011, p. 39-50.

### **Atividade 10**

Prática realizada no setor de UTIN na décima semana. Desenvolvendo a pesagem humanizada, avaliação prática sobre estado de consciência pela escala de Brazelton, desenvolvimento de anamnese e exame físico de três pacientes com uso do instrumento histórico admissional (Apêndice A – Figura 1), disponível nos instrumentos auxiliares para implementação do PE.

### **Atividade 11**

Resolução dos estudos de caso escolhidos na atividade prática com aplicação das etapas do PE, individualmente. Utilizando o quadro 1 (NANDA-I, NOC, NIC), dos instrumentos de apoio. Atividade a ser desenvolvida na décima primeira e na décima segunda semanas. Para cada caso a enfermeira deve elencar os principais diagnósticos de enfermagem, os resultados de enfermagem para cada diagnóstico e as atividades de enfermagem específicas para cada intervenção, visando atingir os resultados. Deve encaminhar ao e-mail do tutor até o 84º dia (até as 23:59 h).

### **Atividade 12**

Conferência via *skype*, em que cada enfermeira apresentará seu caso de maior relevância para discussão. Elas avaliarão os instrumentos utilizados quanto a sua aplicabilidade prática, visando adaptá-los à necessidade e dinâmica do setor. Elas podem sugerir outras possibilidades de realizar as etapas do PE. É importante agendar o horário com antecedência e verificar a melhor possibilidade para que todas participem, cuidando para que

não fique cansativo. Atividade a ser desenvolvida na décima terceira semana (no 91º dia) e deve ter como produto os instrumentos (histórico, diagnóstico, planejamento e evolução de enfermagem) que utilizarão na UTIN e se utilizarão algum do SLP. A tutora deve observar se existem dúvidas quanto ao PE e neonatologia.

### **Atividade 13**

### **Avaliação Final**

Atividade desenvolvida na décima quarta semana e enviada no e-mail da tutora até o 98º dia (até as 23:59 h). A enfermeira fará a autoavaliação por escrito pontuando sua evolução e alguma dificuldade que perdure, além da avaliação da sequência didática. A tutora fará a avaliação formativa, embasada na evolução de cada enfermeira, considerando todas atividades e a autoavaliação, integralizando e comunicando o resultado no 100º dia.

### **Avaliação sobre a Sequência didática para o ensino do Processo de Enfermagem em UTIN**

Adaptado do questionário do apêndice 3 de Oliveira (2011)

1) A sequência didática atendeu suas expectativas?

Sim  Não  Parcialmente

2) Quanto ao tempo utilizado nessa sequência didática (carga horária: 200 h/a):

Suficiente  Insuficiente  Excessivo

3) Quanto ao conteúdo utilizado nessa sequência didática:

Suficiente  Insuficiente  Excessivo

4) Quanto ao método utilizado nessa sequência didática Ensino semi-presencial (*Moodle*):

Satisfatório  Insatisfatório

5) Quanto a atividade utilizada nessa sequência didática

Satisfatório

Insatisfatório Qual?

Textos de apoio  1  2

Leituras sugeridas  1  2

Prática no setor

Estudo dirigido

Estudo de caso

Debate no chat    *Skype*

Parcialmente satisfatório Qual?

Textos de apoio    1    2

Leituras sugeridas    1    2

Prática no setor

Estudo dirigido

Estudo de caso

Debate nos chat    *Skype*

Indiferente

6) Esta sequência didática contribuiu para sua atividade profissional?

Sim    Não    Parcialmente

7) Parte aberta a sugestões ou críticas.

# APÊNDICE A – INSTRUMENTOS AUXILIARES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Figura 1 – Histórico de enfermagem em UTIN

| UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL - UTIN   |   |  |   |  |   |  |               |    |
|--|---|--|---|--|---|--|---------------|----|
| Histórico de Enfermagem - Admissional  |   |  |   |  |   |  |               |    |
| <b>Nome:</b>   |   |  |   |  |   |  | <b>Leito:</b> |    |
| <b>Sexo:</b>   | <b>DN:</b> / /  | <b>IG:</b>   | <b>Admissão:</b> / / - : h  | <b>DV:</b>   |   |  |               |    |
| <b>Diagnóstico médico:</b>   |   |  |   | <b>Origem:</b>   |   |  |               |    |
| DADOS PATERNOS   |   |  |   |  |   |  |               |    |
| Nome do pai:   |   |  |   |  |   |  | Idade:        |    |
| Escolaridade:  |   |  | Profissão:  |  | Religião:   |  |               |    |
| DADOS MATERNOS   |   |  |   |  |   |  |               |    |
| Nome da mãe:   |   |  |   |  | Idade:  | Telefone:                                  |               |    |
| Escolaridade:  |   |  | Profissão:  |  | Religião:   |  |               |    |
| Pai e mãe vivem juntos: ( ) sim ( ) não  |   |  |   | Pessoa significativa:  |   | Parentesco:                                |               |    |
| DADOS PERINATAIS   |   |  |   |  |   |  |               |    |
| Local de internação mãe: ( ) Maternidade ( ) _____ ( ) UTI: Motivo: _____  |   |  |   |  |   |  |               |    |
| G  | P   | Aborto   | Natimorto   | Filho com mal formação   | Pré-natal:  | consultas                                  |               |    |
| Usos: ( ) álcool ( ) cigarro ( ) droga: _____  |   |  |   | ( ) Corticoide   | doses   | HIV  | VDRL          | HB |
| Afecção fetal identificada no pré-natal: _____   |   |  |   |  | Condição materna: ( ) DM ( ) DHEG ( ) ITU ( ) Bolsa rota h ( ) _____  |  |               |    |
| Tipo sanguíneo mãe:  |   | Local de nascimento:   |   |  | Via do parto:   |  |               |    |
| Hora:  | APGAR:  | Tipo sanguíneo RN:   |   | IG:  | ( ) Capurro ( ) New Ballard   |  |               |    |
| Situções durante o parto: ( ) sofrimento fetal ( ) mecônio ( ) circular de cordão ( ) toco trauma ( ) uso de fórceps ( ) uso de saco de polietileno ( ) necessidade de reanimação ( ) _____  |   |  |   |  |   |  |               |    |
| Peso:  | Estatura:   | PC:  | PT:   | PA:  | HGT:  |  |               |    |
| NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS - OXIGENAÇÃO, CARDIOVASCULAR, TERMORREGULAÇÃO E REGULAÇÃO IMUNOLÓGICA   |   |  |   |  |   |  |               |    |
| FR:  | SpO <sub>2</sub> :  | AR: ( ) MV+ sem RA ( ) MV+ com RA HT _____ ( ) roncos ( ) sibilos ( ) estertores ( ) MV ↓ HT _____ ( ) MV ausente HT _____ ( ) estridor laríngeo ( ) _____ |   |  |   |  |               |    |
| Alterações: ( ) BAN ( ) assimetria torácica ( ) respiração irregular ( ) tiragem: ( ) intercostal ( ) sub-costal ( ) esternal ( ) cianose: ( ) periférica ( ) perioral ( ) generalizada ( ) pausa respiratória ( ) apnéia: ( ) com bradicardia ( ) _____ |   |  |   |  |   |  |               |    |
| Terapia: ( ) ar ambiente ( ) funil ( ) caixa de Hood ( ) CPAP nasal ( ) VM Modalidade: _____ FIO <sub>2</sub> : _____  |   |  |   |  |   |  |               |    |
| FR:  | PIP:  | PEEP:  | Fluxo:  | T insp.:   | Aspiração: ( ) VAS ( ) VAI ( ) sangramento ( ) mecônio aspecto: _____ ( ) dreno de tórax HT _____ selo d'água _____ volume _____ Trocado: / / |  |               |    |
| FC:  | Perfusão periférica:  | PA:  | PAM:  | AC: ( ) BCRNF ( ) BC hipofonética ( ) BC hiperfonética ( ) arritmico ( ) rítmico ( ) _____ |   |  |               |    |
| Rede venosa: ( ) preservada ( ) prejudicada  |   | Acesso: ( ) periférico ( ) central local: _____ calibre: _____ tipo: _____ data: / / ( ) SS flogísticos  |   |  |   |  |               |    |
| Medicações: ( ) vasoativa _____, vazão _____ ( ) NPT, vazão _____ ( ) antibiótico/D: _____   |   |  |   |  |   |  |               |    |
| T: _____ (pele) ( ) pele moteada ( ) extremidades frias T: _____: ( ) incubadora ( ) berço aquecido ( ) berço simples ( ) touca ( ) saco de polietileno ( ) algodão ortopédico MM ( ) enrolamento ( ) _____  |   |  |   |  |   |  |               |    |
| ( ) eritema tóxico ( ) pós-operatório ( ) _____  |   |  |   |  |   | Isolamento: _____<br>Microorganismo: _____ |               |    |
| HIDRATAÇÃO, NUTRIÇÃO, METABOLISMO E ELIMINAÇÃO   |   |  |   |  |   |  |               |    |
| Fontanela: ( ) normotensa ( ) deprimida ( ) tensa  |   | Turgor: ( ) preservado ( ) diminuído   |   | Edema: ( ) anasarca ( ) localizado:  |   | Característica da saliva:                  |               |    |
| Tipo de leite: _____ volume: _____ frequência: _____ método: _____ ( ) sonda ( ) testado posicionamento  |   |  |   |  |   |  |               |    |
| ( ) ordenha materna: _____ ml ( ) orientada quanto aleitamento ( ) não compreende: _____   |   |  |   |  |   |  |               |    |
| ( ) leite insuficiente ( ) uso de galactogogo: _____ ( ) translactação ( ) relactação ( ) transição ( ) _____  |   |  |   |  |   |  |               |    |
| ( ) amamentando ( ) pega incorreta ( ) reflexo de sucção ( ) coordenação sucção-deglutição-respiração ( ) posicionamento incorreto   |   |  |   |  |   |  |               |    |
| ( ) náusea ( ) regurgitação: _____   |   |  |   | Peso atual:  |   | Variação de peso: ( ) %                    |               |    |
| Hgt:   | ( ) jejum: tempo: _____   |  | ( ) icterícia: zona: _____ (Kramer) ( ) fototerapia: ( ) simples ( ) dupla ( ) tripla ( ) proteção ocular ( ) cuidado pele BTF: _____ |  |   |  |               |    |
| RHA:   | ( ) vômito ( ) SOG aberta: _____ Abdome: ( ) semi-globoso ( ) globoso ( ) tenso ( ) normotenso ( ) alças intestinais palpáveis ( ) doloroso à palpação ( ) escavado ( ) _____ RX: _____ |  |   |  |   |  |               |    |
| Diurese: _____ ml/Kg/h: ( ) ausente ( ) bexigoma Presente após massagem: ( ) sim ( ) não ( ) sondagem vesical: ( ) alívio  |   |  |   |  |   |  |               |    |



| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NANDA-I  | NOC  | NIC   |
|--|--|---|
| <b>NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS</b>   |  |   |
| <b>Oxigenação</b>  | <b>Oxigenação</b>  | <b>Oxigenação</b>   |
| Troca de gases prejudicada<br>Padrão respiratório ineficaz<br>Resposta disfuncional ao desmame ventilatório<br>Ventilação espontânea prejudicada<br>Desobstrução ineficaz de vias aéreas   | Estado respiratório<br>Estado respiratório: permeabilidade das vias aéreas<br>Estado respiratório: troca gasosa<br>Estado respiratório: ventilação<br>Prevenção da aspiração<br>Sinais vitais*   | Aspiração de vias aéreas<br>Assistência ventilatória<br>Controle da ventilação mecânica: invasiva<br>Controle da ventilação mecânica: não invasiva<br>Controle das vias aéreas<br>Controle das vias aéreas artificiais<br>Cuidados com drenos: torácico<br>Desmame de ventilação mecânica<br>Extubação endotraqueal<br>Inserção e estabilização de vias aéreas artificiais<br>Monitoração respiratória<br>Oxigenoterapia<br>Prevenção contra aspiração*<br>Reanimação cardiopulmonar: neonato*<br>Monitoração dos sinais vitais*<br>Monitoração do recém-nascido*<br>Cuidados com o recém-nascido*<br>Cuidados com o bebê*<br>Facilitação da presença familiar*<br>Transporte intra-hospitalar*<br>Transporte inter-hospitalar*<br>Supervisão*<br>Documentação* |
| <b>Respostas cardiovasculares</b>  | <b>Respostas cardiovasculares</b>  | <b>Respostas cardiovasculares</b>   |
| Débito cardíaco diminuído<br>Risco de choque<br>Risco de perfusão gastrintestinal ineficaz<br>Risco de perfusão renal ineficaz<br>Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída<br>Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz<br>Perfusão tissular periférica ineficaz<br>Risco de perfusão tissular periférica ineficaz | Adaptação do recém-nascido<br>Estado cardiopulmonar<br>Coagulação sanguínea<br>Estado circulatório<br>Controle de convulsões<br>Perfusão tissular: cardíaca<br>Perfusão tissular: celular<br>Perfusão tissular: cerebral<br>Perfusão tissular: órgãos abdominais<br>Perfusão tissular: periférica<br>Perfusão tissular: pulmonar | Regulação hemodinâmica<br>Reposição rápida de líquidos<br>Prevenção de choque<br>Cuidados cardíacos<br>Cuidados cardíacos: fase aguda<br>Administração de hemoderivados<br>Controle do choque hipovolêmico<br>Controle da hipovolemia<br>Punção venosa<br>Redução de sangramento<br>Redução de sangramento: gastrintestinal<br>Promoção da perfusão cerebral<br>Punção de vaso: amostra de sangue arterial<br>Punção de vaso: amostra de sangue venoso  |
| <b>Termorregulação</b>   | <b>Termorregulação</b>   | <b>Termorregulação</b>  |
| Hipertermia<br>Hipotermia<br>Risco de desequilíbrio na temperatura corporal<br>Termorregulação ineficaz  | Termorregulação recém-nascido  | Tratamento da exposição ao calor<br>Tratamento para febre<br>Tratamento da hipotermia<br>Regulação da temperatura   |
| <b>Hidratação</b>  | <b>Hidratação</b>  | <b>Hidratação</b>   |
| Risco de desequilíbrio eletrolítico<br>Volume de líquidos deficiente<br>Risco de volume de líquidos deficiente<br>Volume de líquidos excessivo<br>Risco de desequilíbrio do volume de líquidos   | Equilíbrio eletrolítico e ácido-base<br>Estado nutricional: medidas bioquímicas<br>Equilíbrio hídrico<br>Hidratação  | Administração de nutrição parenteral total (NPT)<br>Assistência em exames<br>Controle ácido-básico<br>Controle dos eletrólitos<br>Controle dos eletrólitos: hipercalcemia<br>Controle dos eletrólitos: hipercalemia<br>Controle dos eletrólitos: hiperfosfatemia  |

|   |  |   |
|---|--|---|
|   |  | <p>Controle dos eletrólitos: hipermagnesemia<br/> Controle dos eletrólitos: hipernatremia<br/> Controle dos eletrólitos: hipocalcemia<br/> Controle dos eletrólitos: hipocalemia<br/> Controle dos eletrólitos: hipofosfatemia<br/> Controle dos eletrólitos: hipomagnesemia<br/> Controle dos eletrólitos: hiponatremia<br/> Monitoração de eletrólitos<br/> Controle hídrico<br/> Controle hidroeletrólítico<br/> Terapia de diálise peritoneal<br/> Monitoração hídrica<br/> Interpretação de dados laboratoriais<br/> Terapia endovenosa<br/> Manutenção de dispositivos para acesso venoso (DAV)<br/> Administração de medicamentos: endovenosa (EV)<br/> Administração de medicamentos: enteral<br/> Administração de medicamentos: intramuscular (IM)<br/> Administração de medicamentos: oral</p> |
| <b>Nutrição</b>   | <b>Nutrição</b>  | <b>Nutrição</b>   |
| <p>Deglutição prejudicada<br/> Leite materno insuficiente<br/> Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais<br/> Padrão ineficaz de alimentação do lactente<br/> Náusea</p>                                 | <p>Estado de deglutição<br/> Comportamento de ganho de peso<br/> Estado nutricional<br/> Estado nutricional: energia<br/> Estado nutricional: ingestão alimentar<br/> Estado nutricional: ingestão de alimentos e líquidos<br/> Estabelecimento da amamentação: mãe<br/> Estabelecimento da amamentação: bebê<br/> Controle de náusea e vômito<br/> Prevenção da aspiração</p> | <p>Terapia para deglutição<br/> Alimentação por sonda enteral<br/> Alimentação por mamadeira<br/> Controle da nutrição<br/> Cuidados com sondas: gastrointestinal<br/> Monitoração nutricional<br/> Controle do vômito</p>  |
| <b>Metabolismo</b>  | <b>Metabolismo</b>   | <b>Metabolismo</b>  |
| <p>Risco de função hepática prejudicada<br/> Risco de glicemia instável<br/> Icterícia neonatal<br/> Risco de icterícia neonatal</p>  | <p>Coagulação sanguínea<br/> Nível de glicemia</p>   | <p>Prevenção contra sangramento<br/> Controle de hipoglicemia<br/> Administração de medicamentos: endovenosa (EV)<br/> Fototerapia: recém-nascido</p>   |
| <b>Eliminação</b>   | <b>Eliminação</b>  | <b>Eliminação</b>   |
| <p>Eliminação urinária prejudicada<br/> Retenção urinária<br/> Constipação<br/> Risco de constipação<br/> Diarréia<br/> Motilidade gastrointestinal disfuncional<br/> Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional</p> | <p>Continência urinária<br/> Eliminação urinária<br/> Continência intestinal<br/> Eliminação intestinal<br/> Gravidade de náusea vômito<br/> Função gastrointestinal</p>   | <p>Cuidados com sondas: urinário<br/> Sondagem vesical<br/> Sondagem vesical: intermitente<br/> Administração de medicação: retal<br/> Lavagem intestinal<br/> Controle intestinal<br/> Controle de diarréia<br/> Cuidados com o períneo<br/> Cuidados com ostomias</p>   |
| <b>Integridade cutâneo-mucosa e física e cuidado corporal</b>   | <b>Integridade cutâneo-mucosa e física e cuidado corporal</b>  | <b>Integridade cutâneo-mucosa e física e cuidado corporal</b>   |
| <p>Integridade da pele prejudicada<br/> Risco de integridade da pele prejudicada<br/> Integridade tissular prejudicada<br/> Risco de lesão</p>  | <p>Cicatrização de feridas: primeira intenção<br/> Cicatrização de feridas: segunda intenção<br/> Integridade tissular: pele e</p>   | <p>Supervisão da pele<br/> Prevenção de úlcera de pressão<br/> Cuidados com lesões<br/> Irrigação de lesões<br/> Cuidado com o local da incisão</p>   |

|  |  |  |
|--|--|--|
| Risco de lesão por posicionamento perioperatório<br>Risco de lesão térmica<br>Risco de disfunção neurovascular periférica<br>Mucosa oral prejudicada<br>Risco de olho seco<br>Risco de quedas<br>Risco de sangramento<br>Risco de síndrome da morte súbita do lactente<br>Risco de aspiração<br>Risco de sufocação<br>Risco de trauma vascular | mucosas<br>Desempenho da mecânica corporal<br>Mobilidade<br>Comportamento de prevenção de quedas<br>Prevenção de aspiração<br>Controle de náusea e vômito<br>Gravidade da lesão física   | Administração de medicamentos: tópica<br>Cuidados com a pele: tratamentos tópicos<br>Manutenção da saúde oral<br>Administração de medicamentos: ocular<br>Cuidados com os olhos<br>Cuidados com circuncisão<br>Prevenção contra quedas<br>Cuidado com as unhas |
| <b>Percepção dolorosa</b>  | <b>Percepção Dolorosa</b>  | <b>Percepção dolorosa</b>  |
| Conforto prejudicado<br>Dor aguda  | Estado de conforto: físico<br>Estado de conforto: ambiente<br>Nível de desconforto<br>Nível de dor<br>Controle da dor  | Controle do ambiente: conforto<br>Sucção não nutritiva<br>Controle da dor<br>Toque<br>Administração de analgésicos<br>Administração de medicamentos: endovenosa (EV)<br>Administração de medicamentos: oral  |
| <b>Sono, repouso e sensório-motor</b>  | <b>Sono, repouso e sensório-motor</b>  | <b>Sono, repouso e sensório-motor</b>  |
| Padrão de sono prejudicado   | Sono<br>Nível de dor<br>Nível de desconforto<br>Termorregulação: recém-nascido<br>Controle de convulsões   | Melhora do sono<br>Monitoração neurológica<br>Controle de convulsões   |
| <b>Locomoção</b>   | <b>Locomoção</b>   | <b>Locomoção</b>   |
| Mobilidade física prejudicada  | Desempenho da mecânica corporal<br>Mobilidade  | Prevenção de úlcera de pressão<br>Promoção da mecânica corporal  |
| <b>Regulação imunológica</b>   | <b>Regulação imunológica</b>   | <b>Regulação Imunológica</b>   |
| Risco de infecção<br>Risco de resposta alérgica  | Gravidade da infecção: recém-nascido<br>Estado imunológico<br>Cicatrização de feridas: primeira intenção<br>Cicatrização de feridas: segunda intenção<br>Integridade tissular: pele e mucosas  | Cuidados com cateter: linha umbilical<br>Cuidados com cateter central de inserção periférica (PICC)<br>Assistência em exames<br>Proteção contra infecção<br>Supressão da lactação<br>Administração de medicamentos: endovenosa (EV)                            |
| <b>Crescimento e desenvolvimento</b>   | <b>Crescimento e desenvolvimento</b>   | <b>Crescimento e desenvolvimento</b>   |
| Risco de crescimento desproporcional<br>Atraso no crescimento e no desenvolvimento<br>Risco de atraso no desenvolvimento   | Comportamento de saúde: pré-natal<br>Adaptação do recém-nascido<br>Crescimento<br>Desenvolvimento infantil: 1 mês<br>Conhecimento: criação de filhos<br>Conhecimento: cuidados com bebê pré-termo<br>Conhecimento: cuidados com bebê | Cuidados com o desenvolvimento<br>Plano de alta  |
| <b>NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>  |  |  |
| <b>Segurança</b>   | <b>Segurança</b>   | <b>Segurança</b>   |
| Disposição para melhora da   | Sono   | Aumento da segurança   |

|   |  |  |
|---|--|--|
| competência comportamental do lactente<br>Comportamento desorganizado do lactente<br>Risco de comportamento desorganizado do lactente   | Nível de dor<br>Nível de desconforto<br>Termorregulação: recém-nascido<br>Desenvolvimento infantil: 1 mês<br>Conhecimento: cuidados do bebê pré-termo<br>Organização do bebê pré-termo   | Controle do ambiente: conforto<br>Controle de energia<br>Posicionamento<br>Técnica para acalmar<br>Toque<br>Massagem<br>Musicoterapia  |
| <b>Amor, gregária e aceitação</b>   | <b>Amor, gregária e aceitação</b>  | <b>Amor, gregária e aceitação</b>  |
| Disposição para paternidade ou maternidade melhorada<br>Paternidade ou maternidade prejudicada<br>Risco de paternidade ou maternidade prejudicada<br>Tensão no papel de cuidador<br>Risco de tensão no papel de cuidador<br>Processos familiares disfuncionais<br>Processos familiares interrompidos<br>Disposição para processos familiares melhorados<br>Risco de vínculo prejudicado<br>Conflito no papel de pai/mãe<br>Desempenho de papel ineficaz<br>Interação social prejudicada | Adaptação do cuidador à institucionalização do paciente<br>Bem-estar da família<br>Enfrentamento familiar<br>Funcionamento familiar<br>Apoio da família durante o tratamento<br>Vínculo pais-bebê<br>Relacionamento cuidador-paciente<br>Desempenho do papel<br>Desempenho na criação de filhos<br>Criação de filhos: desempenho dos pais<br>Ajuste psicossocial: mudança de vida<br>Apoio social  | Promoção da paternidade/maternidade<br>Apoio ao cuidador<br>Facilitação da visita<br>Apoio ao irmão<br>Apoio familiar<br>Promoção do envolvimento familiar<br>Mobilização familiar<br>Manutenção do processo familiar<br>Promoção da integridade familiar<br>Facilitação do processo de culpa<br>Controle do ambiente: processo de vínculo<br>Cuidado neonatal no método canguru<br>Promoção de vínculo<br>Apoio à proteção contra abuso: infantil<br>Melhora do sistema de apoio<br>Melhora da socialização |
| <b>Aprendizagem (educação e saúde)</b>  | <b>Aprendizagem (educação e saúde)</b>   | <b>Aprendizagem (educação e saúde)</b>   |
| Amamentação ineficaz<br>Amamentação interrompida<br>Disposição para amamentação melhorada<br>Controle familiar ineficaz do regime terapêutico<br>Processo de criação de filhos ineficaz<br>Risco de processo de criação de filhos ineficaz<br>Disposição para processo de criação de filhos melhorado<br>Falta de adesão  | Estabelecimento da amamentação: mãe<br>Estabelecimento da amamentação: bebê<br>Participação familiar no cuidado profissional<br>Vínculo pais-bebê<br>Conhecimento: amamentação<br>Conhecimento: cuidados do bebê pré-termo<br>Conhecimento: cuidados com bebê<br>Conhecimento: criação de filhos<br>Comportamento de aceitação<br>Condição para a alta: vida com apoio<br>Criação de filhos: desempenho dos pais<br>Desempenho do cuidador: cuidados diretos | Melhora da educação em saúde<br>Facilitação da aprendizagem<br>Orientação quanto ao sistema de saúde<br>Aconselhamento para lactação<br>Assistência na amamentação<br>Orientação aos pais: bebê<br>Ensino: estimulação do bebê 0-4 m<br>Ensino: nutrição do bebê 0-3 m<br>Ensino: segurança do bebê 0-3 m<br>Troca de informações sobre cuidados de saúde<br>Plano de alta<br>Cuidados com bebês<br>Controle de medicamentos   |
| <b>NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>  |  |  |
| <b>Religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida</b>  | <b>Religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida</b>   | <b>Religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida</b>   |
| Disposição para melhora da esperança<br>Disposição para bem-estar espiritual melhorado<br>Conflito de decisão   | Esperança<br>Enfrentamento<br>Resolução do pesar<br>Morte confortável<br>Término de vida com dignidade   | Promoção da esperança<br>Presença<br>Apoio emocional<br>Facilitação do processo de culpa<br>Facilitação do processo de perdão<br>Apoio espiritual<br>Estímulo a rituais religiosos   |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | Assistência ao morrer<br>Facilitação do processo de pesar<br>Facilitação do processo de pesar: morte perinatal<br>Cuidados pós-morte |
|--|--|--|

Fonte: Adaptado de acordo com as NHB de Wanda Horta, utilizando NANDA, 2013; NOC, 2010; NIC, 2010.

\* Envolvem mais de uma NHB.

Orientações para utilização deste quadro. Ele foi adaptado de acordo com as necessidades humanas básicas de Wanda Horta, assim como o instrumento de histórico de enfermagem (Figura 1) no intuito de facilitar a correlação do histórico (sinais e sintomas – problemas elencados), como os diagnósticos da NANDA-I, os resultados esperados do NOC (utilização dos escores para avaliação conforme a necessidade que mais se adapte ao caso do paciente) e das possíveis intervenções de enfermagem da NIC. Foram elencados os diagnósticos de enfermagem, os resultados esperados do NOC e as intervenções da NIC que podem ser utilizados em UTIN, com o neonato, sua mãe ou família. Tomamos o cuidado de correlacionar as necessidades humanas envolvidas separadamente.

Na seleção do diagnóstico de enfermagem é importante que a enfermeira tenha acesso ao livro da NANDA-I, para eleger o mais adequado ao caso. Para isto, ela deve avaliar o histórico de enfermagem observando quais problemas levantados dentro dos sinais e sintomas apresentados, averiguar se eles correspondem com as características definidoras do diagnóstico escolhido. Estando correto, vai identificar os fatores relacionados do caso, que serão as causas em que ela terá que agir, por meio das respostas esperadas da NOC definindo as melhores intervenções da NIC para alcançar estes objetivos.

Para a definição do resultado de enfermagem é necessário ter acesso ao livro NOC. Ao escolher o resultado esperado a enfermeira deve optar dentre os indicadores disponíveis os mais sensíveis para a observação e avaliação. Aqueles que tenham relação direta com o problema apresentado a avaliação dentro de parâmetros palpáveis e claros.

A definição da intervenção de enfermagem necessita acesso ao livro NIC. Ao selecionar a intervenção a enfermeira terá acesso a diversas atividades, devendo adotar apenas as que auxiliarão resolver ou amenizar o problema apresentado pelo usuário, com intenção de alcançar as metas traçadas na etapa de resultados esperados.

A evolução pode ser realizada em texto corrido com a análise da enfermeira se os desequilíbrios observados foram resolvidos, se eles estão em fase de resolução com a percepção de melhora, se eles se mantêm estáveis (estacionados) ou se surgiram novos, verificando a necessidade de novo planejamento de enfermagem.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta sequência didática surgiu como produto educativo final após observar as dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras da UTIN do HU-UFGD que participaram do grupo de estudo para implantação do PE neste setor.

A transição da gestão proporcionou algumas alterações dos processos de trabalho, dentre eles a troca de enfermeiras na UTIN. Foi constatado que a maioria das participantes do estudo era nova no setor e não tinha experiência na assistência neonatal, desconhecendo parâmetros para avaliação deste usuário.

Motivando a confecção deste material de ensino com estas características, trazendo noções do PE e principalmente os conhecimentos básicos sobre neonatologia, para a junção do PE em UTIN de forma prática no setor abordado.

Foi sugerido ser um pré-requisito para enfermeiras que atuem ou que queiram atuar na UTIN por proporcionar conhecimentos teóricos e práticos para implantarem o PE neste setor melhorando o atendimento a estes pacientes e sua família.

A opção por realizar esta atividade de ensino na modalidade semi-presencial foi tomada considerando toda a dinâmica acelerada do setor e aproveitando que a referida instituição possui uma plataforma de ensino a distância (*Moodle*), no intuito de facilitar o acesso destas profissionais a este curso.

Ele tem como característica ser majoritariamente a distância, com atividades diversas, sendo os fechamentos das principais dúvidas no chat e *Skype*. A atividade prática, *in loco na UTIN* individualmente permite a tutora (coordenador técnico do setor) direcionar as ações para o desenvolvimento das habilidades práticas e atitudinais conforme as necessidades individuais de cada enfermeira.

A avaliação final, principalmente a avaliação da sequência didática intencionou o aprimoramento desta ferramenta de ensino para os cursos subsequentes visando melhoria da assistência aos neonatos e sua família.

## REFERÊNCIAS

- ALVARO, R.E.; RIGATTO, H. Adaptações cardiorrespiratórias ao nascimento. In: **AVERY Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 6ª ed. Trad. VASCONCELOS, M.M.; VOEUX, P.L. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 258-76.
- ASKIN, D.F. Problemas de saúde dos recém-nascidos. In: HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D. **WONG Fundamentos de enfermagem pediátrica: adaptado a realidade brasileira**. Trad. NASCIMENTO, M.I.C. et al. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, p.249-330.
- BAPTISTA, C.M.C. et al. Evolução de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T.I. et al. (org.) **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p. 165-183.
- BARROS, A.L.B.L. et al. Processo de enfermagem. In: COREN-SP; BARROS, A.L.B.L. et al. **Processo de enfermagem: guia para prática**. São Paulo: COREN-SP, 2015. p. 36-62.
- BARROS, A.L.B.L.; LOPES, J.L.; SILVA, R.C.G. Classificações de linguagem em enfermagem. In: COREN-SP; BARROS, A.L.B.L. et al. **Processo de enfermagem: guia para prática**. São Paulo: COREN-SP, 2015. p. 63-83.
- BELLI, M.A.J. Cuidados ao recém-nascido na sala e parto. In: **Manual de Assistência de enfermagem neonatal**. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2009, (série especialidades, v. 2), p. 20-38.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 7** – Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 24 de fevereiro de 2010. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](http://bvsm.s.saude.gov/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html). Acesso em: 25 dez. 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 930** – Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 10 de maio de 2012. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/Portaria%20GM%20MS%20n%C2%BA%20930,%20de%2020maio12.pdf>. Acesso em: 01 out. 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: caderno do tutor**. 1ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014, 80 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cuidados e manuseios individualizados. In: BRASIL. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a, p. 130-42.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Desenvolvimento e avaliação comportamental do recém-nascido de baixo peso. In: BRASIL. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011b, p. 51-68.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Nutrição do recém-nascido pré-termo. In: BRASIL. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011c, p. 84-93.

CAMARGO, P.P.; PAIVA, E.D. Cuidados ao recém-nascido pré-termo. In: **Manual de Assistência de enfermagem neonatal**. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2009, (série especialidades, v. 2), p. 58-72.

CARVALHO, E.C.; BACHION, M.M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem: intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 466, 2009.

CARVALHO, E.C.; CRUZ, D.A.L.M.; HERDMAN, T.H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 66, n. esp., p. 134-41, 2013.

CARVALHO, E.C. et al. Obstáculos para implementação do processo de enfermagem no Brasil. **Revista de enfermagem da UFPE**, v.1, n. 1, p. 95-9, jul./set. 2007.

CERULLO, J.A.S.B.; CRUZ, D.A.L.M. Raciocínio clínico e pensamento crítico. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 18, n. 1, 6 telas, 2010.

COFEN. **Lei 7.498/86, de 26 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986-4161.html>. Acesso em: 20 de dezembro de 2016.

\_\_\_\_\_. **Resolução COFEN 272/2002**: Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2002. Disponível em: <http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibmlink.php?numlink=1-39-34-2002-08-27-272>. Acesso em: 01 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Resolução COFEN 358/2009**: Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 01 out. 2014.

COSTA, R.; PADILHA, M.I. A unidade de terapia intensiva neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 248-55, jun. 2011.

COSTA, R.; PADILHA, M.I.; MONTICELLI, M.; RAMOS, F.R.S. BORENSTEIN, M.S. Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **História da enfermagem revista eletrônica**, v. 1, n. 1, p. 55-68, abr. 2010.

COSTA, R.; PADILHA, M.I. O hospital infantil como marco no atendimento ao recém-nascido de risco em Santa Catarina (1987-2009). **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 469-78, jul.-set. 2010.

COSTA, R.; PADILHA, M.I. Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva em Florianópolis (década de 1980). **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 247-54, abr.-jun. 2012.

CRUZ, D.A.L.M. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: CIANCIARULLO, T.I. ET al (Org.). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p. 63-84.

CRUZ, D.A.L.M. et al. Documentação do processo de enfermagem: justificativa e métodos de estudo analítico. **Revista brasileira de enfermagem**, v.69, n.1, p.183-9, jan/fev 2016.

FIGUEIREDO, R.C.; NORTON, RC.; LAMOUNIER, J.A.; LEÃO, E. Doença hemorrágica do recém-nascido na forma tardia: descrição de casos. **Jornal de Pediatria**, v. 7, n. 1, 1998, p. 67-70.

FREITAS, B.A.C.; LEÃO, R.T.; GOMES, A.P.; BATISTA, R.S. Terapia nutricional e sepse neonatal. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.23, n. 4, p. 492-8, 2011.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L.; CARVALHO, E. C. Processo de enfermagem: aplicação à prática profissional. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.3, n.2, p.25-32, 2004.

GEORGIEFF, M.K.Nutrição. In: **AVERY Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 6ª Ed. Trad. VASCONCELOS, M.M.; VOEUX, P.L. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 347-76.

GLASS, P. O recém-nascido vulnerável e o ambiente da unidade de terapia intensiva neonatal. In: **AVERY Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 6ª ed. Trad. VASCONCELOS, M.M.; VOEUX, P.L. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 100-16.

GOUVEA, J.A. **Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para recém-nascidos internados na unidade de terapia intensiva neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley**. 2007. 157p. João Pessoa: UFPB, dissertação, 2007.

GUALDA, D.M.R. Fundamentação teórico-conceitual do processo de cuidar. In: CIANCIARULLO, T.I. ET al (Org.). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p. 85-92.

GUTIERREZ, B.A.O.; et al. Histórico de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T.I. et al (Org.). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p.131-63.

HERDMAN, T.H. Diagnósticos de enfermagem e sua relação com o raciocínio clínico. In: NANDA International Inc.; HERDMAN T.H., CARVALHO E.C. (Org.) **PRONANDA** –

Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem – Conceitos Básicos. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2013. p.29-62. (Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância).

HERMINDA, P.M.V. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, v.57, n.6, p.733-7, nov/dez 2004.

HERMINDA, P.M.V.; ARAÚJO, I.E.M. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. **Revista brasileira de enfermagem**, v.59, n.5, p.675-679, set./out.2006.

KENNER, Cuidados com o recém-nascido normal. In: **Enfermagem Neonatal**. 2ª ed. Trad. Neonatal care. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2001, p. 73-110.

LANDY, H.J. Impacto das doenças maternas no recém-nascido. In: **VERY Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 6ª Ed. Trad. VASCONCELOS, M.M.; VOEUX, P.L. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 184-203.

MAISELS, M.J. Icterícia. In: **VERY Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 6ª Ed. Trad. VASCONCELOS, M.M.; VOEUX, P.L. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 703-78.

MARINELLI, K.A.; HAMELIN, K. Aleitamento materno e o uso de leite humano na unidade de terapia intensiva neonatal. In: **VERY Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 6ª Ed. Trad. VASCONCELOS, M.M.; VOEUX, P.L. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 377-405.

MARTINS, F.F. Anemia do recém-nascido pretermo. In: MOREIRA, M.E.L; LOPES, J.M.A.; CARVALHO, M. **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p. 347-76.

MATSUNO, A.K. Reconhecimento das situações de emergência: avaliação pediátrica. **Revista de medicina USP**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 2, p. 158-67, 2012.

MEDEIROS, A.L.; SANTOS, S.R.; CABRAL, R.W.L. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. **Revista gaúcha de enfermagem**, v.33, n.3, p.174-81, 2012.

NARVEY, M.; FLETCHER, M.A. Avaliação e Classificação Físicas. In: **VERY Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 6ª Ed. Trad. VASCONCELOS, M.M.; VOEUX, P.L. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 298-319.

NEVES, R.S. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de reabilitação segundo o modelo conceitual de Horta. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 556-9, jul./ago. 2006.

OLIVEIRA, B.R.G.; LOPES, T.A.; VIEIRA, C.S.; COLLET, N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 1e, n. esp., p. 105-113, 2006.

OLIVEIRA, C.F.P. **Oficina educativa para a capacitação de acadêmicos de enfermagem em métodos de ensino.** Volta Redonda: Fundação Oswaldo Aranha, 2011. Dissertação, 76p.

OLIVEIRA, I.C.S.; RODRIGUES, R.G. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 498-505, out./dez. 2005.

PAPAGEORGIU, A.; PELAUSA, E.; KOVACS, L. O recém-nascido de extremamente baixo peso ao nascer. In: **AVERY Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido.** 6ª Ed. Trad. VASCONCELOS, M.M.; VOEUX, P.L. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 420-47.

RIBEIRO. Determinação da pressão arterial em recém-nascidos. **Scientia Médica**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 156-67, jul./set. 2007.

RODRIGUES, R.G.; OLIVEIRA, I.C.S. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiás, v. 6, n. 2, 2004.

ROLIM, K.M.C.; ARAÚJO, A.F.P.C.; CAMPOS, N.M.M.; LOPES, S.M.B.; GURGEL, E.P.P.; CAMPOS, A.C.S. Cuidado quanto à termorregulação do recém-nascido prematuro: o olhar da enfermeira. **Revista da rede de enfermagem do nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 44-52, abr./jun. 2010.

SÁ, J.A. Neto; RODRIGUES, B.M.R.D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto contexto enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 372-7, abr.-jun. 2010.

SADLER, T.W. Sistema cardiovascular. In: **LANGMAN embriologia médica.** Trad. ALMEIDA, J.M. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010a, p. 143-73.

\_\_\_\_\_. Sistema respiratório. In: **LANGMAN embriologia médica.** Trad. ALMEIDA, J.M. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010b, p. 175-80.

SANTOS, W.N. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **J ManagPrim Health Care**, v.5, n.2, p.153-8, 2014.

SBP. **Reanimação de recém-nascido  $\geq 34$  semanas em sala de parto:** diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria 26 de janeiro de 2016. São Paulo: SBP, 2016a, p. 1-33.

\_\_\_\_\_. **Reanimação de recém-nascido  $< 34$  semanas em sala de parto:** diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria 26 de janeiro de 2016. São Paulo: SBP, 2016b, p. 1-37.

SILVEIRA, R.C.; GIACOMINI, C.; PROCIANOY, R.S. Seps e choque séptico no período neonatal: atualização e revisão de conceitos. **Revista brasileira de terapia intensiva**, v. 22, n. 3, p. 280-90, 2010.

SOUZA, M.F.G.; SANTOS, A.D.B.; MONTEIRO, A.I. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **Revista brasileira de enfermagem**, v.66, n.2, p.167-73, mar/abr 2013.

SOUZA, M.F.S. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidadosos. In: CIANCIARULLO, T.I. et al (Org.). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p. 29-39.

TAKAHASHI, A.A. et al. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Revista Acta Paulista**, São Paulo, v.2, n. 1, p.32-38, 2008.

TAMEZ, R.N. Admissão do recém-nascido de risco. In: **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013a, p. 34-44.

\_\_\_\_\_. Distúrbios hematológicos. In: **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 5ª ed. (reimpr.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013b, p. 276-90.

\_\_\_\_\_. Distúrbios hidroeletrolíticos e metabólicos. In: **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 5ª ed.(reimpr.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013c, p. 219-31.

\_\_\_\_\_. Infecção Neonatal. In: **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 5ª ed.(reimpr.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013d, p. 292-9.

\_\_\_\_\_. Reanimação neonatal. In: **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 5ª ed.(reimpr.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013e, p. 18-31.

THOMPSON, M.W.; HUNT, C.E. Controle da respiração: desenvolvimento, apneia da prematuridade, eventos aparentes ameaçadores à vida, síndrome da morte súbita do lactente. In: **AVERY Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 6ª Ed. Trad. VASCONCELOS, M.M.; VOEUX, P.L. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 491-506.

TRIGUEIRO, E.V. et al. Perfil e posicionamento do enfermeiro gerente quanto ao processo de enfermagem. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, v.18, n.2, p.343-349, abr/jun, 2014.

ZABALA, A. As sequências didáticas e as sequências de conteúdo. In: ZABALA, A. Trad. ROSA, E.F.F. **A prática educativa: como ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 1998, p. 53-87.

VIANA, R.A.P.P.; OLIVEIRA, J.A.B.O. Uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem. In:\_\_\_\_\_.**Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 29-35.