



EDUCAÇÃO EM SERVIÇO EM UMA UNIDADE NEONATAL DE CUIDADOS PROGRESSIVOS

IN-SERVICE EDUCATION IN A NEONATAL UNIT OF PROGRESSIVE CARE EDUCACIÓN EN SERVICIO EN UNA UNIDAD NEONATAL DE CUIDADOS PROGRESIVOS

Nathalia Faria de Freitas¹, Matilde Meire Miranda Cadete²

RESUMO

Objetivo: realizar grupos de discussão com os profissionais de enfermagem na unidade neonatal. **Método:** estudo qualitativo, norteado pelo referencial teórico da pesquisa-ação, realizado na Unidade Neonatal de Cuidados Progressivos, com profissionais de enfermagem que lá atuavam há pelo menos três meses. As informações foram coletadas pela observação participante, com registro no diário de campo. Posteriormente, foram constituídos os grupos de estudos e de discussão. As informações foram analisadas de acordo com a Técnica da Análise de Conteúdo, depois de aprovado o projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Santa Casa de Belo Horizonte, n. 011/2011. **Resultados:** emergiram as seguintes categorias: << Cateter central de inserção periférica (PICC)>>, << Realidade do PICC na unidade >> e << Intervenções para minimizar os eventos adversos relacionados ao PICC >>. **Conclusão:** a educação em serviço é estratégia efetiva na promoção da saúde dos recém-nascidos de alto risco e promotora de transformações qualitativas para a integralidade do cuidar. **Descritores:** Educação Em Saúde; Enfermagem; Cateter; Neonato.

ABSTRACT

Objective: to conduct focus groups with the nursing professionals in the neonatal unit. **Method:** it is a qualitative study, guided by the theoretical framework of the research-action, performed in the Neonatal Unit of Progressive Care, with nursing professionals who worked there for at least three months. Information was collected through participant observation, with registration in a field journal. Later, we constituted the study and discussion groups. The data were analyzed according to the Technique of Content Analysis, after the research project being approved by the Ethics Research Committee of the Santa Casa de Belo Horizonte, nº 011/2011. **Results:** the following categories have emerged: << Peripherally Inserted Central Catheter (PICC) >>, << Reality of the PICC at the unit >> and << Interventions to minimize the adverse events related to the PICC >>. **Conclusion:** the in-service education is an effective strategy in promoting the health of newborns at high risk and promoter of qualitative transformations for the integrality of the care. **Descriptors:** Health Education; Nursing; Catheter; Neonate.

RESUMEN

Objetivo: realizar grupos de enfoque con las profesionales de enfermería en la unidad neonatal. **Método:** estudio cualitativo, orientado por la referencial teórica de la investigación-acción, llevada a cabo en la Unidad Neonatal de Cuidados Progresivos con los profesionales de enfermería que trabajaron durante al menos tres meses. La información se recolectó mediante la observación participante, con registro en el diario de campo. Posteriormente, se constituyeron los grupos de estudio y discusión. Las informaciones fueron analizados de acuerdo con la técnica de Análisis de Contenido, después de aprobado el proyecto de investigación por el Comité de Ética de la Santa Casa de Belo Horizonte, n. 011/2011. **Resultados:** surgieron las siguientes categorías: << El catéter central de inserción periférica (PICC) >>, << Realidad de PICC en la unidad >> y << Las intervenciones para minimizar los eventos adversos relacionados con PICC >>. **Conclusión:** La educación en servicio es una estrategia efectiva en la promoción de la salud de los recién nacidos de alto riesgo y promueve transformaciones cualitativas para la integralidad de la atención. **Descriptores:** Educación en Salud, Enfermería; Catéter; Neonato.

¹Enfermeira, Pós-graduada em Enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica pelo Instituto de Educação Continuada da PUC Minas, Mestre em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local pelo Centro Universitário UNA. Enfermeira da Atenção Domiciliar na Unimed, Docente da Faculdade Ciências Médicas de Minas. Belo Horizonte (MG), Brasil. Email: nathfaria5@yahoo.com.br; ²Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora Permanente do Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local do Centro Universitário UMA. Belo Horizonte (MG), Brasil. Email: matildemmc@terra.com.br

INTRODUÇÃO

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 90, a Enfermagem vivenciou transformações importantes em sua prática profissional. Em decorrência da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, como uma estratégia na reorganização do modelo de assistência à saúde na atenção primária, e em substituição ao modelo vigente (assistência curativa), o enfermeiro tornou-se o principal sujeito na liderança da equipe de saúde. Houve, também, a necessidade de repensar a formação profissional do enfermeiro, com marco nas discussões das diretrizes curriculares, em 2001.¹

Dessa maneira, a atenção oferecida ao recém-nascido (RN) nas unidades neonatais passou a exigir dos profissionais de saúde uma melhor qualificação técnica, ética e científica, além da incorporação e o diálogo de saberes. Entende-se como diálogo de saberes, o encontro do conhecimento científico, sistematizado ou popular, adquirido na vivência do profissional, para que não haja fragmentação do cuidado, devido a concorrência de saberes e de diferentes olhares, sendo o conhecimento transdisciplinar entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem, algo almejado e necessário na saúde.²

Partindo do pressuposto de que processos de educação em serviços de saúde são fundamentados no “difusionismo” e que não têm contribuído para a melhoria da qualidade da assistência prestada ao cliente, pergunta-se: como realizar negociações e efetivar educação em serviço caracterizada pelas formas coletiva, participativa e colaborativa, e com perspectiva emancipatória, de modo a promover a construção de novas práticas de enfermagem de atenção ao recém-nascido, tornando seus protagonistas responsáveis pelas transformações e pela continuidade do processo formativo?

Assim, o presente estudo objetiva realizar grupos de discussão com os profissionais de enfermagem em uma unidade neonatal.

METODO

Estudo qualitativo, norteado pelo referencial teórico da pesquisa-ação e realizado na Unidade Neonatal de Cuidados Progressivos de um hospital filantrópico, dotado de 1.000 leitos para pacientes do SUS, com vistas à geração e produção de conhecimentos que tragam melhorias e soluções para a referida unidade. Dentre as especialidades atendidas, tem-se a unidade

neonatal, a qual conta com 20 leitos de Unidade de Terapia Neonatal (UTIN), cinco leitos de cuidados intermediários e 10 leitos de Unidade Canguru.

Os sujeitos deste estudo foram os profissionais da equipe de enfermagem, que atuam na unidade em estudo há pelo menos três meses e aceitaram o convite para participar como investigadores em colaboração à pesquisa e como agentes transformadores da situação-problema definida.

A coleta de dados, inicialmente, foi efetuada pela técnica de observação participante, com registro no diário de campo. Posteriormente, foram constituídos os grupos de estudos e de discussão, sob coordenação do pesquisador³⁻⁴, e formados por técnicos e enfermeiros. Devido à escala de plantão dos profissionais de enfermagem, foram constituídos quatro grupos (GR1;GR2;GR3 e GR4) com 33 participantes. Dessa forma, foi realizado o total de 12 encontros, sendo três com cada grupo de discussão.

A análise dos dados seguiu a premissa da investigação de conteúdo proposta por Bardin.⁵ Foi entregue e explicado a todos os participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, em seguida, os participantes o assinaram em duas vias: uma de posse do pesquisador e outra do participante. O projeto desta pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Santa Casa de Belo Horizonte, registrado sob o número 011/2011.

RESULTADOS

A análise dos dados, pautada no referencial de análise de conteúdo,⁵ permitiu a construção de três categorias:

• Cateter venoso central de inserção periférica (PICC)

Nessa categoria, os sujeitos abordaram as características acerca do PICC, suas vantagens, procedimentos, indicações, contraindicações e tempo de permanência:

[...] Útil para o tratamento porque o periférico infiltra, queima e o central não (GR4).
[...] para o RN, o epicutâneo é um método mais eficaz, porque não tem que ficar furando o neném, provavelmente vai durar até completar o tratamento e só (GR4).
É uma facilidade pela própria inserção ser realizada na beira do leito, próprio enfermeiro estar fazendo a inserção, quando qualificado para isso [...] (GR3).
Alguns RNs com nutrição parenteral, alimentação assim só fica com nutrição parenteral, ele precisa do PICC. Ele é imprescindível no setor que trabalhamos” (GR1).

Acho difícil, por exemplo, o menino tem que correr hemácias, plaquetas [...] não pode; o menino tá grave, não tem outra opção de periférico [...] (GR4).

[...] é um acesso que está à disposição, se tem uma medicação, não precisa preocupar se o menino tem acesso e a durabilidade [...] (GR4).

Sinalizaram, ainda, para as possíveis complicações advindas do PICC, conforme depoimentos a seguir:

[...] eu acho que a punção e o dissecado; ele dá menos complicação que o epicutâneo (GR4).

[...] eu acho que o PICC infelizmente invasivo, muito invasivo, porque o risco de infecção é muito grande [...] (GR4).

Realidade do PICC na unidade

Tecendo uma análise acerca da realidade vivida na unidade estudada, os sujeitos se pronunciaram a respeito da perda do cateter e do manuseio PICC, bem como sobre educação em serviço:

[...] e o sonho nosso era que pudesse permanecer até pelo menos terminar as drogas, né [...] mas só que, por enquanto, esse sonho tá só o sonho (GR1).

[...] eu acho que ele é manipulado demais, no final do plantão o técnico e o enfermeiro têm que irrigar [...] então, é um cateter que é muito manipulado [...] (GR4).

[...] hoje, a Enfermagem aqui dentro da unidade está passando por uma transição [...] novas pessoas chegando [...], então, é um momento que talvez esteja relacionado com a própria composição da equipe de enfermagem. [...] (GR3).

• Intervenções para minimizar os eventos adversos relacionados ao PICC

Nessa categoria, os sujeitos afirmaram que as intervenções para minimizar os eventos adversos estão associadas à capacitação, sensibilização dos profissionais, liderança, trabalho em equipe e sistematização dos cuidados, o que poderá proporcionar melhor cuidado com o PICC:

Acho que quando essas pessoas novas entram, deveria ser feita uma reunião com elas [...] e explicar [...]. (GR1)

[...] formas diferentes de cada enfermeiro fazer curativo e a demora para trocar esse curativo têm perdido muito cateter (GR1)

[...] eu creio que a educação permanente é o caminho; é insistência mesmo [...] (GR3).

Acho interessante porque fala que tem os POPs, mas acho que seria bom já que tem o grupo de apoio, discutir [...] (GR1).

[...] tá faltando também falta de conhecimento [...] (GR4).

[...] talvez as pessoas estejam treinadas, mas não estão sendo sensibilizadas, não realmente capacitadas [...] nós não somos máquinas, somos pessoas [...] (GR3).

[...] o comprometimento, eu acho que a cobrança, que aí a pessoa vai ganhando [...] e observação também, ficar mais atento [...] (GR2).

[...] então dá pra manter uma boa manutenção, se todo mundo estiver de acordo, o plantão noturno quanto o diurno, porque não adianta eu fazer minha parte e o outro não fazer (GR2). Acredito que a responsabilização mesmo, todo mundo estar envolvido, empenhado [...] (GR3).

A gestão, o planejamento desse cuidado [...] tem que haver uma discussão mais aprofundada acerca disso. Como fazer tá muito solto, acho que a gestão da assistência é a palavra que podemos resumir tudo (GR3).

DISCUSSÃO

• Cateter venoso central de inserção periférica (PICC)

O PICC “é um dispositivo vascular de inserção periférica com localização central, constituído de poliuretano ou de silicone.”⁶ As vantagens do uso do dispositivo são: a preservação do sistema vascular periférico, custo e tempo/benefício, minimização da dor, menor risco de embolia e confiança na administração de medicamentos.⁷

O PICC é inserido por enfermeiros capacitados e médicos neonatologistas habilitados para realizar o procedimento à beira do leito, por ser considerado um método de alta complexidade e que necessita de conhecimentos técnicos e científicos específicos.⁸⁻⁹ Além de ser respaldado pela Resolução nº 258/2001 do COFEN, o procedimento é amparado pela Resolução RDC nº. 45 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que determina ao enfermeiro a manutenção do acesso venoso periférico e a inserção do PICC.¹⁰

No que concerne às principais indicações do PICC, na população neonatal, são a terapia intravenosa por período superior a seis dias e a prescrição médica de Nutrição Parenteral Total (NPT).¹¹

Em relação às contraindicações, encontram-se a rede venosa prejudicada, coleta de sangue, infusão de hemoderivados e plaquetopenia (plaquetas abaixo de 84.000/mm em neonatos).¹¹ Na prática clínica detecta-se, também, que a inserção do PICC nas primeiras 24 horas de vida pode ocasionar dificuldade na progressão do cateter, associada à alteração na viscosidade sanguínea.

Estudos estatísticos realizados no Brasil concluíram que a permanência do PICC em pacientes internados em UTIN é entre oito e 22 dias. Isso em razão da manutenção do

cateter. Para que a permanência possa ser mais longa, é necessário cuidado eficaz no manuseio do PICC.^{6,12,13} Os atores sociais da pesquisa reconhecem que o cateter pode ter maior durabilidade, se “cuidado” pela equipe.

Em relação ao cuidado, dois itens são indispensáveis à manutenção do cateter: irrigar o PICC com água destilada antes e após a medicação e lavar as mãos antes e após o seu manuseio, seguidos de troca de curativos a cada sete dias; realização de Raios-X após a inserção do cateter; limpeza das torneiras com álcool a 70%; troca de torneiras; lavagem do cateter três vezes ao dia; e o uso de seringas de 10 ml.⁹ Acrescenta-se à necessidade de infusão contínua e indicam a salinização - lavar com soro fisiológico a 0,9% e o uso da seringa de 10 ml, por ter menos pressão, minimizando o risco de ruptura do cateter.¹⁴

As complicações que motivaram a remoção do PICC antes do término da indicação, na UTIN do Hospital Santa Catarina de Blumenau, foram à obstrução (25%) e a infiltração (18%), podendo estar relacionada à tração (13,9%), à ruptura (11,2%) e à flebite (4,2%).⁶

Na concepção dos grupos, o PICC provoca mais complicações do que os cateteres centrais puncionados por meio de procedimento cirúrgico. Na realidade, é perceptível que, não havendo manutenção eficaz com o PICC, as complicações se tornam recorrentes, o que causa a sensação de menor eficácia, se comparado aos outros cateteres centrais.

Dessa forma, cabem aos profissionais de enfermagem, atenção e conhecimentos específicos acerca do PICC devido à acentuada ocorrência de eventos adversos e complicações, para diminuir o tempo de permanência, sendo muitas vezes necessário puncionar novo PICC ou solicitar a punção do médico-cirurgião, o que pode acarretar aumento no tempo de internação como, em consequência, mais exposição a patógenos.

• Realidade do PICC na Unidade

Durante o período de janeiro a agosto de 2011, a média de cateteres retirados por perda ou suspeita de infecção relacionada aos mesmos foi de nove dias na unidade em estudo. Constatar essa média de permanência é, no mínimo, causa de preocupação, questionamentos e reflexão. Essas perdas foram causadas por obstrução, ruptura do cateter, mau posicionamento, flebite e suspeita de infecção. Ressalta-se que são similares aos dados encontrados na literatura.^{6,8}

Os sujeitos alegaram que a manutenção do PICC na unidade está ineficaz e relacionada à infecção advinda do manuseio do dispositivo, questionando, em alguns momentos, a prescrição de retirada do PICC. Nesse sentido, duas observações são necessárias: a crítica, quanto à retirada do PICC citada pelo grupo, que pode ser pelo fato de os enfermeiros e técnicos de enfermagem ainda não utilizarem o julgamento crítico na tomada de decisão e/ou desconhecerem a realidade quando se fala de infecção relacionada ao PICC. Dessa forma, vale repensar e rediscutir o cuidar ao RN com PICC.

O cuidado com o PICC é atribuição da equipe de enfermagem. Portanto, é necessário que ela compreenda as especificidades acerca dos eventos relacionados aos procedimentos, manutenção e remoção do cateter, com vistas a mais comprometimento e entendimento da necessidade de cuidado. Cabe-lhe, ainda, responsabilizar-se pelos eventos adversos que acontecem e pela observância às normas gerais aplicadas a todos, e inerentes ao exercício profissional.

A equipe acredita também na educação em serviço como maneira de melhorar a qualidade do atendimento ao RN, em especial no manuseio com o PICC. Torna-se imperativo, portanto, criar e encontrar espaços para discussão, análise e reflexão da prática do trabalho para que seja implementada a construção dos saberes de maneira efetiva nos serviços de saúde. Assim, estamos aprendendo e nos educando coletivamente.

• Intervenções para minimizar os eventos adversos relacionados ao PICC

Desde o século XIX, quando a Enfermagem se tornou profissão independente, o ensino se tornou importante atribuição do enfermeiro como cuidador. Cabe-lhe preparar os profissionais da sua equipe por meio das capacitações e programas de desenvolvimento pessoal, para aquisição ou aperfeiçoamento de habilidades clínicas no papel do cuidador.¹⁵

Nessa perspectiva, percebe-se que a equipe de enfermagem idealiza o ensino formal - o educador ensina e o educando aprende - como solução dos problemas vivenciados na prática. A continuidade da educação tradicional constitui em desafio; saber que ensinar não é transferir conhecimento, mas sim, uma tarefa árdua, difícil e até penosa, assumida diante dos outros, da sociedade a até de si mesmo.¹⁶

Outro ponto em destaque refere-se à terminologia utilizada pela sociedade para definir os processos de ensino: “treinamento”.

Esse vocábulo está internalizado em todos os participantes dos grupos de discussão e se tornou uma palavra usada no cotidiano. O desenvolvimento de “treinamentos operacionais” é como uma “coisa” que o indivíduo não precisa compreender, pensar ou refletir, mas que deve fazer bem.¹⁷

Percebe-se, por meio dos depoimentos, que ensinar vai além do discurso prescritivo. Opera-se pela articulação do conhecer, fazer, viver juntos, manipular, sentir o cateter. Em caso da capacitação ser processada, ela se configura como um estímulo ao desenvolvimento do compromisso, responsabilidade, criatividade, exercício e convívio da prática e, afinal, a assunção de uma práxis transformadora.

Assim, mesmo com a capacitação do procedimento operacional padrão, os grupos afirmaram problemas na prática, indicando que o profissional não “absorve” o conteúdo ministrado e, conseqüentemente, não aplica o cuidado repassado, deixando de operar as mudanças necessárias à prática profissional.

Na atualidade, faz-se necessário refletir que as capacitações pautadas somente no modelo do ensino unidirecional, verticalizado, prescritivo e “difusionista” não atendem mais ao panorama de mudança e reforma dos serviços de saúde correntes. Nesse aspecto, a educação permanente deve ser entendida como o seguimento do processo educativo “formal”, uma vez que irá proporcionar o desenvolvimento contínuo das necessidades vivenciadas e das competências que o profissional precisa adquirir.¹⁸ Em consonância, apresenta-se a tecnologia social, entendida como uma inovação nos processos de transformação e de desenvolvimento nas redes, sendo esta, toda e qualquer estrutura para a realização das atividades.

Outro ponto citado pelos sujeitos participantes e relacionado à perda do PICC é a falta de conhecimento dos profissionais sobre o dispositivo do PICC, no cuidado ao RN. Existe uma oposição na relação teoria e prática, uma vez que a prática tende a desvincular-se da teoria, que por si só, não pode ser considerada conhecimento, pois não produz mudança real em determinada situação. Para que uma atividade teórica seja produzida e aplicada, é fundamental praticá-la. A teoria depende da prática, na medida em que a prática é fundamento da teoria, “já que determina o horizonte de desenvolvimento e progresso do conhecimento”.¹⁹

Contudo, a participação de todos no ambiente de trabalho faz-se necessária, ou seja, educar, intervir, ensinar, orientar e

participar na realização das atividades diárias é uma atribuição de todos os envolvidos no processo do cuidar e não é tarefa exclusiva de um único profissional.

A proposta de incluir os indivíduos no processo de mudança e melhoria em saúde é algo que já está sendo discutido e almejado pelo programa de humanização da saúde. Porém, na prática, essa realidade está distante de ser concretizada, já que as próprias relações entre as pessoas estão perdidas, esquecidas e esvaziadas de respeito.

A partir dos depoimentos, constata-se que alguns profissionais não estão envolvidos e comprometidos no cuidado prestado ao neonato. Essas fragilidades desveladas configuram-se na questão ética, revelando a concepção e as formas de organização de trabalho.²⁰

É preciso que os profissionais de enfermagem deixem de ficar atrelados às formas de educação convencionalmente instituídas e comecem a pensar e agir criticamente, construindo um espaço para o diálogo e participação ativa dos envolvidos no processo de cuidar. A educação na saúde apresenta resultados positivos quando associada à humanização, de maneira a respeitar valores, cultura, educação e respeito ao direito de participação coletiva nas decisões do cuidado.²¹

Na Enfermagem, as atividades de cuidado são realizadas pela equipe de enfermagem e o enfermeiro é o responsável pela equipe. Pressupõe-se, portanto, que a liderança é inerente a essa profissão, ou seja, para ser enfermeiro é preciso ser um líder. Porém, os grupos observaram que, às vezes, o enfermeiro tem dificuldade em exercer sua liderança junto à equipe e ao RN. Para ser bom líder, o profissional deve saber o momento certo de atuar, como atuar e tornar-se membro da equipe de trabalho, expondo suas habilidades e experiências para atingir o resultado esperado.

De acordo com as unidades de registro, a equipe acredita que “cobrar” é fundamental para melhorar o indicador de perda de PICC. Para ela, cobrar é exigir do outro o cumprimento de suas funções, o comprometimento com o “fazer” cuidado. Do ponto de vista do atributo, liderar é ser exigente; cuja cobrança tem grau de significância acentuada em relação ao liderar. Todavia, quando se fala em cobrança, faz-se referência ao saber ser presente na relação construída com o outro, edificando o processo de trabalho pautado no respeito, ética, responsabilidade e compromisso.

Em relação ao trabalho em equipe, os participantes dos grupos acreditam que é a peça-chave na solução de problemas vivenciados. Trabalhar em equipe é vital para o sucesso das organizações, o que se configura como um desafio na saúde, uma vez que se percebe que as relações humanas estão “esvaziadas”; o foco do cuidado, ao invés de estar nas pessoas, concentra-se e/ou recai na “coisificação” do ser humano e nos interesses pessoais, sobrepondo as responsabilidades profissionais. Portanto, as equipes são formadas por competências, mas o ponto em comum que une as pessoas é um objetivo principal, e o mesmo para todos. Assim, é preciso reconhecer em cada indivíduo suas habilidades e motivá-los para as ações em equipe.²²

A organização dos cuidados em enfermagem é um tema que vem sendo discutido desde a década de 40, diante da necessidade dos enfermeiros de desenvolver o corpo próprio de conhecimento, no intuito da profissão firmar-se como ciência. Nesse sentido, a metodologia de Enfermagem para a organização do cuidado é denominada Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Sua implementação na prática clínica é respaldada pelo COFEN, de acordo com a Resolução 358/2009, que a considera instrumento metodológico de orientação ao cuidado ao paciente, recomendando, ainda, que o PE deve estar sustentado por um suporte teórico.²³

Nessa linha de pensamento, o grupo percebe a necessidade de reorganização da assistência de enfermagem e salienta-se que, até mesmo, a equipe não sabendo como realizar as intervenções de cuidado, consegue sentir a necessidade da prescrição de enfermagem individualizada.

A riqueza do conteúdo dessas afirmações, feitas pelos grupos, deflagra reflexões e leva a repensar o processo de trabalho da Enfermagem. O grupo acha interessante a divulgação, bem como a discussão dos resultados, como todos da equipe de assistência. A apresentação e discussão dos dados proporcionam maior preocupação em alcançar os resultados, sugestões no planejamento de novas metas, corresponsabilização e consequente mudança de comportamento na prática assistencial.

Dessa forma, é necessário que o profissional trabalhe para analisar, julgar, planejar e avaliar o paciente nas ações de enfermagem implementadas de maneira sistematizada, holística e centrada em princípios científicos. O método do processo de enfermagem, pautado em um referencial

teórico, contribuirá para efetivação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.²⁴

Para tanto, faz-se necessário desenvolver habilidades profissionais com poder de percepção, ser questionador, flexível, saber dialogar, ser um disseminador de informações e estar disposto a encarar a atual mudança de paradigma na saúde, especialmente, na Enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo vivido por todos os sujeitos desta pesquisa e por esta pesquisadora/facilitadora, concernente às discussões em grupo, foi de tamanha riqueza que o produto aqui apresentado não conseguirá retratar esses momentos.

A metodologia da pesquisa-ação possibilitou crescimento pessoal, profissional e do grupo, uma vez que o conhecimento ali gerado foi produzido por todos os atores envolvidos.

A educação na saúde é assunto que precisa de maior atenção dos profissionais, em especial do enfermeiro, figura necessária na transformação das práticas de ensino em seu espaço de atuação. Trabalhar com o coletivo e a construção de arquétipos de ensino em que há valorização dos sujeitos e dos seus conhecimentos prévios e tácitos é um caminho viável e urgente.

A proposta de mudanças no âmbito da saúde poderá desencadear resultados positivos para a sociedade e haverá profissionais mais felizes e realizados em poder contribuir para a melhoria da qualidade no atendimento prestado, pois estarão dispostos a atuar em uma profissão, que, no seu conceito mais amplo, é o ato de cuidar do ser humano. A construção coletiva dos sujeitos é a que mais oferece subsídio na atenção prestada ao RN doente, bem como à sua família.

REFERÊNCIAS

1. Ramos CS; Heck RM; Ceolin T; Dilélis AS; Facchini LA. Perfil do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2009 [cited 2011 Oct 05];8(suplem):85-91. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9722/5535>
2. Mancia JR; Cabral LC; Koerich MS. Educação permanente no contexto da enfermagem na saúde. Rev Bras Enferm [Internet]. 2004 Sept-Oct [cited 2011 Oct 05];57(5):605-10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500018

3. Barbier, R. A pesquisa-ação. Tradução de Lucie Didio. Brasília: Liber Livro; 2011.
4. Thiollent, M. Metodologia da pesquisa-ação. 16 ed. São Paulo: Cortez; 2008.
5. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1995.
6. Baggio MA; Bazzi FCS; Bilibio CAC. Cateter central de inserção periférica: descrição da utilização em UTI Neonatal e Pediátrica. Rev gaúch enferm [Internet]. 2010 Mar [cited 2011 July 10];31(1): 70-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a10v31n1.pdf>
7. Phillips, LD. Manual de terapia intravenosa. Porto Alegre: Artmed; 2001.
8. Jesus VC; Secoli SR. Complicações acerca do cateter venoso central de inserção periférica (PICC). Ciênc cuid saúde [Internet]. 2007 Apr-June [cited 2011 July 10];6(2):252-60. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4174/2762>
9. Rodrigues, ZS.; Chaves, EMC.; Cardoso MVLM. Atuação do enfermeiro no cuidado com o cateter central de inserção periférica no RN. Rev bras enferm [Internet]. 2006 Sept-Oct [cited 2011 July 10];59(5):626-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a06.pdf>
10. 10 Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº. 45 [Internet]. 2003. [cited 2011 Sept 13]. Available from: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2003/rdc/45_03rdc.htm.
11. Centers for disease control and prevention. CDC. Department of Health and Human Services. Intravascular device: related infections preventions; [guidelines availability: notice]. Atlanta (GO): CDC; 2002.
12. Lourenço AS, Kakehashi TY. Assistência de enfermagem pré e pós-inserção imediata do cateter venoso de inserção periférica em pacientes neonatal. Rev Nursing [Internet]. 2003 Aug [cited 2011 Nov 02];63(24):[about 5 p]. Available from: www.nursing.com.br/paper.php?p=141
13. Lemos L; Sakae TM; Calandrini F. Utilização do acesso venoso central em pacientes entre 0 e 2 anos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica em Tubarão-SC. ACM arq catarin med [Internet]. 2008 [cited 2011 Oct 07];37(3):58-65. Available from: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/567.pdf>
14. Rodrigues ZS; Oliveira ICS. Os primórdios da assistência aos 286 recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). Rev eletrônica enferm [Internet]. 2004 [cited 2011 Oct 20];6(2):286-91. Available from: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/primordio.html
15. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface comunic, Saúde, Educ [Internet]. 2005 Sept-Feb [cited 2011 Oct 05];9(16):161-77. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100013&script=sci_arttext
16. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface comunic, Saúde, Educ [Internet]. 2005 Feb [cited 2011 Oct 05];9(16):172-4. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180118751015>
17. Barato, JN. Escritos sobre tecnologia educacional e educação profissional. São Paulo: SENAC; 2002.
18. Silva AM; Peduzzi M. Caracterização das atividades de trabalhadores de enfermagem na ótica da educação permanente. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2009 Sept [cited 2010 Oct 10];11(3):518-26. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a08.pdf>
19. Vásquez AS. Filosofia da práxis. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular; 2007.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
21. Trentin M, Paim L, Vásquez ML. A responsabilidade social frente à política de humanização em saúde; colomb med [Internet]. 2011 Apr-June [cited 2011 Sept 23];42(2):95-102. Available from: colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/colombiamedica/article/.../1367
22. Balsanelli AP; Cunha ICKO. Liderança no contexto da enfermagem. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2006 [cited 2011 Nov 02];40(1):117-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a16v40n1.pdf>
23. Brasil. Resolução COFEN nº 358/2009 [Internet]. Brasília 2009 [cited 2010 May 07]. Available from: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>
24. Freitas NF de, Tannure MC, Chianca TCM. Implantação do Processo de Enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de Belo Horizonte. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 May/June [cited 2010 Aug 12];4(spe):353-9. Available from:

http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1053/pdf_94

Submissão: 21/08/2012

Aceito: 03/12/2012

Publicado: 01/02/2013

Correspondência

Nathália Faria de Freitas

Rua Doutor Sylvio Menicucci, 175, Ap. 403 –

Bairro Castelo

CEP: 30840-480 – Belo Horizonte (MG), Brasil