

**Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Departamento de Ciências Administrativas
Mestrado Profissional em Administração**

Íris Calado de Almeida Costa

Inovação Social e as influências *bottom-up* na atenção humanizada relacionada ao Método Canguru no Hospital das Clínicas - UFPE

Recife, 2016

Íris Calado de Almeida Costa

Inovação Social e as influências *bottom-up* na atenção humanizada relacionada ao Método Canguru no Hospital das Clínicas - UFPE

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Carla Regina Pasa Gómez

Dissertação apresentada a Universidade Federal de Pernambuco, como parte das exigências do Mestrado Profissional em Administração para obtenção do grau de Mestre em Administração. Área de concentração: Estratégia, Finanças e Marketing e Competitividade nas Empresas.

Recife, 2016

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

C837i Costa, Íris Calado de Almeida
Inovação social e as influências *bottom-up* na atenção humanizada relacionada ao Método Canguru no Hospital das Clínicas – UFPE / Íris Calado de Almeida Costa. - 2016.
157 folhas : il. 30 cm.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Carla Regina Pasa Gómez.
Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2016.
Inclui referências e apêndices.

1. Humanização em serviço de saúde. 2. Recém-nascidos – cuidado e tratamento. 3. Lactentes – cuidado e tratamento. I. Gómez, Carla Regina Pasa (Orientadora). II. Título.

658 CDD (22.ed.) UFPE (CSA 2016 –072)



Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Departamento de Ciências Administrativas
Mestrado Profissional em Administração

Inovação Social e as influências Bottom-Up na atenção humanizada relacionada ao Método Canguru no Hospital das Clínicas - UFPE

Íris Calado de Almeida Costa

Dissertação submetida ao corpo docente do Curso de Mestrado Profissional em Administração da Universidade Federal de Pernambuco e aprovada em 08 de julho de 2016.

Banca Examinadora:

Carla Regina Pasa Gómez, Doutora, Universidade Federal de Pernambuco
(Orientadora)

Suzanne Erica Nóbrega Correia, Universidade Federal de Campina Grande
(Examinadora Externa)

Fernando Gomes de Paiva Junior, Doutor, Universidade Federal de Pernambuco
(Examinador Interno)

Agradecimentos

Ao final de cada etapa desafiante de nossas vidas,
O agradecimento naturalmente vem com boas vindas.
Como diz o provérbio chinês: “Longa viagem começa em um passo”.
Acredito que o primeiro eu dei quando Deus permitiu
Que eu nascesse em uma família que afeto me transmitiu.

Agradeço a minha mãe Valdomira, que é uma mulher completa.
Apesar do tanto que trabalhou, me amamentou e orientou.
Ao meu pai José que, com sua calma, também me tranquilizou.
Agradeço a todos que participaram da minha livre infância:
Escola, amigos, professores tiveram muita relevância.

Outro passo largo a agradecer foi o sonho realizado.
Ter alguém ao meu lado e mãe ter me tornado.
Portanto, agradeço a André por seu companheirismo
E as minhas lindas filhas Taís e Iasmin por toda compreensão.
Apesar de minha ausência, elas são motivo da minha respiração.

Agradeço a rede de amigos na qual estou entrelaçada.
A todos os familiares: irmãs, irmãos, cunhadas e cunhados,
sobrinhos, sogra e enteado, todos me ajudaram na caminhada.
Bruno meu “filho” que me auxiliou na informática.
Suely que cuidou de minha família de forma tão carismática.

Quanto à minha orientadora, não posso deixar de admirá-la.
Ela é dinâmica, capacitada, ainda é mãe sensível e apaixonada.
Obrigada, professora Carla Pasa, por me acolher!
Você me fez acreditar que tudo é possível,
Se importar com os outros neste mundo é imprescindível.

Aos meus colegas de turma não tenho nem palavras.
Professores e coordenadoras do MPA foram à base da caminhada.
Ao estimado e admirado professor Fernando Paiva,
A banca de examinadores que de forma tão sensível.
Contribuíram e capacitaram a um ponto insuprimível.

O meu último agradecimento é motivo de muita comoção.
Vai para os pequenos recém-nascidos que já nascem sofrendo.
E todos os colegas que às vezes saem do plantão com o coração doendo,
Mas entendem que seu trabalho, empenho e humanização,
Não é capaz de salvar todos os bebês, apesar da dedicação.

Contudo, o envolvimento da família alicerça o processo,
Por catalisar o vínculo afetivo para obter sucesso.
Sabe-se que os desafios para cuidar desses bebês são imensos.
Mas acredito que Deus é capaz de transformar a realidade,
Juntamente com o amor trazendo bem estar para sociedade.

“Sou feliz em saber que no mundo que acabei de chegar, apesar dos preconceitos e obstáculos existem pessoas como vocês que verdadeiramente tem amor pela profissão e fazem de tudo para não deixar morrer quem chega até vocês.”

*(Trecho de carta de agradecimento à equipe de saúde,
datada em 23-01-98)*

Resumo

A Inovação Social (IS) vem da necessidade em apoiar a sociedade na superação de desafios e oportunidades em diversos âmbitos, gerando valor social e trazendo bem estar para ela. No âmbito da saúde, além dos avanços tecnológicos e racionais que acompanham as inovações específicas desse setor, considera-se necessário um atendimento com integralidade ao ser humano, com valores subjetivos, pautados em ética, respeito e solidariedade na atenção humanizada. Nesse sentido, a *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru* (MC) foi proposta no Brasil pelo Ministério da Saúde, como política de governo em 1999 no Brasil para qualificar as interações sociais no Sistema Único de Saúde (SUS), através da mudança de valores e participação dos pais. Por meio do vínculo afetivo construído e da capacitação dos pais e familiares, todos se tornam emponderados para auxiliar nos cuidados do recém-nascido enfermo, que se beneficia desse vínculo para sua melhor recuperação. Considera-se que a Inovação Social pode emergir *Top-down* em que os agentes induzem a inovação externamente de “cima para baixo”, por exemplo: política de governo, empresa ou indústria; ou *Bottom-up* quando emergem de “baixo para cima” pela sociedade civil, indivíduos ou grupos. Assim, as influências *Bottom-up* podem garantir o sucesso da inovação e a sua replicação em um estágio mais avançado, dependendo do meio local onde está inserido. André e Abreu (2006) nomeiam essas questões locais por Meio Inovador que depende da Diversidade, Tolerância e Participação para se tornar mais ou menos capaz de inovar. O método canguru é alicerçado dentro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo), que é o foco desse estudo. Portanto, é necessário compreender, em um contexto histórico, as características locais do modo como esse método vêm sendo adotado na UTINeo e as influências *Bottom-up* do meio onde ocorre IS, considerando seus desafios e potencialidades. Trata-se de um estudo de caso, qualitativo, seccional com perspectiva longitudinal nas áreas de administração e saúde. Foi escolhido como local de estudo a UTINeo do Hospital das Clínicas, pertencente a UFPE. Como resultados, infere-se que o Método Canguru é um exemplo de inovação social focado em um processo; compreende-se que existiram e ainda existem muitos desafios a serem superados conforme elencado em todas as fases históricas, ao passo que, também existem muitas potencialidades locais. Como fatores desafiantes citam-se: a rigidez da gestão pública, a falta de preparo e de prioridade dos gestores os quais a maioria não eram especialistas em gestão hospitalar, as deficiências da rede de serviços de saúde pública e a desmotivação dos processos participativos da equipe. Como fatores potenciais, o estímulo a gestão participativa do MC, esteve associado à criatividade, sensibilidade e interação da equipe de saúde, assim como a boa aceitação de novidades externas embasadas cientificamente, a não acomodação da equipe que tende a possuir postura de risco.

Palavras chaves: Inovação Social. Método Canguru. Humanização em UTI Neonatal. Meio Inovador.

Abstract

The Social Innovation comes from the need to support the society in overcoming challenges and opportunities in several scopes, creating social value and bringing well-being to her. In the health area, in addition to technological advances and rational accompanying specific innovations in this sector, it is considered necessary with a call to integral human being with subjective values, guided by ethics, respect and solidarity in human attention. In this sense, Attention Humanized the Newborn Low Birth Weight - Kangaroo Mother Care was proposed by a government policy in 1999 in Brazil to qualify the social interactions in the Unified Health System, through changing values and parental participation. Through the built bonding and training of parents and relatives, all become empowered to assist the sick newborn care, which benefits from this link to your best recovery. It is considered that the Social Innovation can emerge Top-down in which agents induce innovation outside of "top-down", for example: government policy, business or industry; Bottom-up or when emerging from "the bottom up" by civil society, individuals or groups. So, the bottom-up influences can ensure the success of innovation and its replication in a more advanced stage and cyclical, depending on the local environment in which it operates. André and Abreu (2006) appoint these local issues by Environment Innovator that depends on the diversity, tolerance and participation to become more or less able to innovate. Kangaroo care is rooted in the Intensive Care Unit which is the focus of this study. Therefore, it is necessary to understand, in a historical context, the local characteristics of how this method have been adopted in the neonatal ICU and bottom-up influences the environment where IS is considering its challenges and potential. This is a case study, qualitative, sectional with longitudinal perspective in the areas of administration and health. It was chosen as the study site to neonatal intensive care Clinical Hospital, owned by Federal University of Pernambuco. As a result, it is inferred that the Kangaroo method is social innovation in such a process; it is understood that there have been and there are still many challenges to be overcome as part listed in all historical phases, whereas there are also many local potential. How challenging factors are cited: the "rigidity" of public administration, the lack of preparation and priority of managers which most were not hospital management experts, the shortcomings of the public health service network and demotivation of participatory processes team. As potential factors cited were the participatory management stimulation of Kangaroo Care, creativity, sensitivity and interaction of the health team, as well as good acceptance of new external science-based, not the staff accommodation which tends to have risk posture.

Key words: Social Innovation. Kangaroo Care. Humanization in Neonatal ICU. Innovative Environment.

Lista de figuras

| | |
|--|-----|
| Figura 1 (1)- Posição canguru na 1ª etapa do método | 21 |
| Figura 2 (2)- Meios inovadores | 45 |
| Figura 3 (2)- Diversidade | 46 |
| Figura 4 (2)- Tolerância | 48 |
| Figura 5 (2)- Participação | 50 |
| Figura 6 (2)- Método canguru vínculo afetivo | 54 |
| Figura 7 (3)- Delineamento da pesquisa | 57 |
| Figura 8 (3)- Estrutura de governança vigente no HC | 59 |
| Figura 9 (3)- UTI Neonatal da UFPE | 60 |
| Figura 10 (3)- UTI Neonatal assistência | 60 |
| Figura 11 (4)- Alojamento conjunto | 73 |
| Figura 12 (4)- Banco de Leite Humano do HC | 75 |
| Figura 13 (4)- Conquista da IHAC no HC | 77 |
| Figura 14 (4)- UNN em situação de lotação | 92 |
| Figura 15 (4)- Entrada da UNN ornamentação | 103 |
| Figura 16 (4)- UCI da UNN | 107 |
| Figura 17 (4)- Participação da equipe em reunião no terceiro marco | 116 |
| Figura 18 (4)- Hora do soninho e aconchego em redinha | 117 |
| Figura 19 (4)- Banho de ofurô | 118 |
| Figura 20 (6)- Elementos principais da Inovação Social | 132 |
| Figura 21 (6)- Representação do Meio no caso do MC | 137 |

Lista de quadros e tabela

| | |
|---|-----|
| Quadro 01 (2)- Principais elementos da Inovação Social | 37 |
| Quadro 02 (3)- Seleção dos sujeitos participantes | 62 |
| Quadro 03 (3)- Perfil dos profissionais entrevistados | 63 |
| Quadro 04 (3)- Nomeação e datas correspondentes dos livros de ocorrências médicas | 65 |
| Quadro 05 (3)- Objetivos e métodos de coleta e análise | 69 |
| Quadro 06 (6)- Elemento da IS e sua categorização teórica- porque o MC é uma IS | 133 |
| | |
| Tabela 01 (3)- Ocorrências administrativas especiais | 67 |

Lista de abreviaturas e siglas

BEPA - Bureau of European Policy Advisers (Comissão de Conselheiros Políticos da Europa)

BLH- Banco de Leite Humano

CCIH- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CISAM- Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros

CNS- Conselho Nacional de Saúde

COB- Centro Obstétrico

CP- Central de Parto

EBSERH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HAM- Hospital Agamenon Magalhães

HBL- Hospital Barão de Lucena

HC- Hospital das Clínicas

IFE- Instituição Federal de Ensino

IH- Infecção Hospitalar

IHAC- Iniciativa Hospital Amigo da Criança

IMIP- Instituto Materno Infantil de Pernambuco

IS- Inovação Social

LOM- Livro de Ocorrências Médicas

MC- Método Canguru

OE- Ocorrências Médicas

OMS- Organização Mundial de Saúde

OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde

P & D- Pesquisa e Desenvolvimento

PNH- Política Nacional de Humanização

PRAE- Pautas de Reuniões Administrativas de Enfermagem

RN- Recém-Nascido

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCI- Unidade de Cuidados Intermediários

UFPE- Universidade Federal de Pernambuco

UNICEF- United Nations Children's Fund - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNN- Unidade Neonatal

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

UTINeo- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Sumário

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1 | Introdução | 14 |
| 1.1 | Contextualização do tema e problematização | 14 |
| 1.2 | Objetivos | 25 |
| 1.3 | A unidade neonatal como cenário do estudo | 25 |
| 1.4 | Justificativa e contribuições do estudo | 27 |
| 2 | Fundamentação teórica | 29 |
| 2.1 | Inovações | 29 |
| 2.2 | Inovação social | 35 |
| 2.3 | Abordagem tipo <i>Top-down</i> e <i>Bottom-up</i> da inovação social | 39 |
| 2.4 | Meios inovadores: onde ocorre a inovação social | 43 |
| 2.4.1 | Diversidade | 45 |
| 2.4.2 | Tolerância | 48 |
| 2.4.3 | Participação | 49 |
| 2.5 | A atenção humanizada em saúde e o Método Canguru | 51 |
| 3 | Procedimentos Metodológicos | 57 |
| 3.1 | Delineamento da pesquisa | 57 |
| 3.2 | Lócus do estudo | 59 |
| 3.3 | Seleção dos sujeitos da pesquisa | 61 |
| 3.4 | Coletas de dados (Etapas) | 63 |
| 3.5 | Análise dos dados | 64 |
| 3.5.1 | Pesquisa documental | 64 |
| 3.5.2 | Entrevistas | 68 |
| 3.6 | Aspectos éticos e legais | 68 |
| 4 | Apresentação dos dados históricos | 70 |
| 4.1 | Primeiro Marco histórico da UNN do HC – antes de 1999 | 70 |
| 4.1.1 | Dimensão Instituição | 70 |
| 4.1.1.1 | Questões físicas e estruturais da UNN em um contexto regional no combate a mortalidade infantil | 70 |
| 4.1.1.2 | Dimensão Pais e familiares | 78 |
| 4.1.1.2.1 | Obstáculos para acesso e participação dos pais antes de 1999 | 79 |
| 4.1.1.3 | Dimensão Equipe de Saúde | 82 |
| 4.1.1.3.1 | Precariedade no acolhimento aos funcionários | 82 |
| 4.1.1.3.2 | Interação da equipe em reuniões e regras para o cuidado ao RN | 84 |
| 4.2 | Segundo Marco - Final de 1999 a 2007 | 87 |
| 4.2.1 | Dimensão Instituição | 88 |
| 4.2.1.1 | Questões institucionais físicas e estruturais da UNN | 88 |
| 4.2.1.2 | Superlotação em um sistema de redes estranguladas | 91 |
| 4.2.2 | Dimensão pais e familiares | 94 |
| 4.2.2.1 | Avanços e benefícios com a presença dos pais e familiares | 94 |
| 4.2.2.1 | Grupo de Apoio a Mães Acompanhantes – GAMA | 96 |
| 4.2.3 | Dimensão Equipe de Saúde | 98 |
| 4.2.3.1 | Luta dos profissionais em busca de melhores condições de trabalho | 98 |

| | |
|---|------------|
| 4.2.3.2 Comportamento adaptativo da equipe | 102 |
| 4.3 Terceiro Marco - Após 2008 | 105 |
| 4.3.1 Dimensão Instituição | 106 |
| 4.3.2 Dimensão Pais e familiares | 110 |
| 4.3.3 Dimensão Equipe de Saúde | 112 |
| 4.3.3.1 Influências no processo de trabalho e humanização ao longo do terceiro marco | 112 |
| 4.3.3.2 Comportamento adaptativo da equipe | 115 |
| 5 Análise dos dados sobre as percepções | 120 |
| 5.1 Meio Inovador | 120 |
| 5.1.1 O embasamento científico como alavanca para aceitação de mudanças | 120 |
| 5.1.2 A postura de risco inserida no próprio trabalho e a busca por apoio da gestão | 122 |
| 5.1.3 A participação com seus valores democráticos | 125 |
| 5.2 A ausência da enfermagem canguru e a qualidade da atenção na UNN do HC | 126 |
| 6 Considerações Finais | 132 |
| 6.1 Considerações das análises do MC como uma IS | 132 |
| 6.2 A natureza das relações locais e as abordagens <i>Top-down</i> e <i>Bottom-up</i> | 134 |
| 6.3 Considerações sobre o Meio Inovador e o MC no HC | 135 |
| 6.4 Considerações das adaptações do MC no processo de IS | 138 |
| 6.5 Limitações e recomendações do estudo | 140 |
| 7 Recomendações gerenciais | 142 |
| Referências | 145 |
| APÊNDICE A- Formulário de entrevista semi-estruturada | 151 |
| APÊNDICE B- Termo de confidencialidade relacionado ao uso de dados secundários | 153 |
| APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) | 154 |
| APÊNDICE D- Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UFPE | 156 |

1 Introdução

A parte introdutória dessa dissertação aborda a contextualização das inovações e das inovações sociais, buscando situar as questões críticas e atuais enfrentadas pela sociedade e o caso escolhido, na área da saúde infantil. Assim, segue-se a questão norteadora e objetivos propostos para respondê-la, o cenário da investigação e as devidas justificativas e contribuições do estudo.

1.1 Contextualização do tema e problematização

Diante de uma sociedade, que nas últimas décadas vem sofrendo muitas transformações, surgiram muitas inovações, com avanços nas áreas econômicas e tecnológicas. No entanto, as questões sociais e ambientais nem sempre são afetadas de forma benéfica, devido à busca por inovações com foco apenas no mercado, colaborando com a crise social. Acrescentando, a própria crise social e econômica vigente, acelera a competitividade do mercado e a busca alternativas inovadoras com foco econômico, gerando um processo retroalimentado. Por outro lado, há o aumento de interesse e preocupação com as causas sociais, surgindo as Inovações Sociais (ISs), explicitadas após a contextualização teórica das inovações em geral.

O sentido do termo inovação vem acompanhado de elementos que concernem ações de busca e desenvolvimento de novos produtos e processos que agreguem valor às organizações. As inovações de uma forma geral comportam investimentos cognitivos, tácitos e empíricos, além de investimentos econômicos, uma vez que a competitividade do mercado está presente nesse cenário. O próprio termo inovação é derivado, segundo Schumpeter (1988), de novas combinações ajustadas e originadas das anteriores ou ações mais radicais, que provocam descontinuidade e mudanças mais intensas no âmbito dos negócios, portanto responsáveis pelo desenvolvimento econômico e pela geração de riquezas.

Considera-se que, o desenvolvimento econômico ou ao menos o seu equilíbrio é almejado em qualquer área organizacional e de serviços, inclusive nos serviços de saúde. No Brasil, de acordo com Victora et al (2011), apesar do desenvolvimento econômico e social ter alcançado melhorias nas condições de saúde, muitos esforços ainda serão necessários para satisfazer as condições básicas. Existe uma múltipla escassez de recursos da sociedade, em especial para a população de baixa renda, exposta a fragilidades. Como exemplo, citam-se os

déficits educacionais, as dificuldades de acesso à saúde e ao trabalho, que viabilizam a violência, drogas ilícitas e descuido com a saúde.

Em contrapartida, Albuquerque e Cassiolato (2002) afirmam de uma forma sintética que o crescimento econômico causa melhorias na saúde, devido a um aumento na renda per capita, maior consumo de bens e melhor infraestrutura do país. Sobre a interação entre a saúde e o crescimento econômico, há causas multidimensionais e o desenvolvimento de inovações nessa área é crucial para melhoria da saúde pública.

Apesar das múltiplas situações que provocam crises econômicas, sociais e crises nos serviços de saúde, o setor de saúde, especialmente o setor público, deve acompanhar o desenvolvimento do país, cumprindo as demandas da sociedade e das inovações específicas da área. Assim é reconhecida a proposta de inovar na saúde pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), mostrando sua importância com as questões tecnológicas, de insumos, serviços e melhoria de assistência ao paciente e as condições de trabalho (BRASIL, 2011).

A OPAS tem uma visão otimista sobre as inovações em saúde, mas existem desafios relacionados às questões econômicas, ao aumento dos gastos públicos, pois as inovações e tecnologias colaboram para o surgimento de novas necessidades diagnósticas e terapêuticas que oneram o serviço de saúde.

Sintetizando, além da necessidade de os serviços de saúde pública se adequarem aos avanços tecnológicos e científicos do mercado, há também outras necessidades, como lidar com as limitações típicas da gestão, como a “rigidez”, com demandas onerosas e crescentes, o que causa superlotações nos serviços de saúde; administrar o déficit de profissionais, que sofrem sobrecarga no atendimento aos usuários, dificultando um atendimento digno e com ‘integralidade’ como preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

No contexto da saúde nos serviços públicos, salienta-se os desafios para suprir com qualidade as demandas de uma sociedade vítima de conflitos e crises, pois com as dificuldades econômicas atuais, que atinge determinadas camadas sociais, a situação crítica tende a se exacerbar, inclusive pelo evidente aumento da demanda de usuários do SUS. Contudo, há uma necessidade de apoio social cada vez mais emergente, que incentiva uma mudança de valor, crescendo o interesse e preocupação das causas sociais, paralelamente ao desenvolvimento econômico. Colaborando, Murray, Caulier-Grice e Mulgan (2010) afirmam que é crescente o interesse em questões que colaborem com os desafios da sociedade moderna tais como manter as pessoas saudáveis, acabar com a pobreza e proteger o meio ambiente.

Dessa forma, emergem inovações que refletem as questões sociais, auxiliam no enfrentamento dos desafios, encontrando soluções incumbidas de valores sociais, além de

uma perspectiva em atender demandas para o bem-estar da sociedade, são as Inovações Sociais.

A Inovação Social (IS) é um tema que surgiu em 1960, referindo-se a investigação experimental em ciências sociais e humanas, que frequentemente é reconhecida como empreendedorismo social (CAULIER-GRICE et al, 2012). Para Santos (2012), a IS representa o principal fruto do trabalho de um empreendedor social, que tem por objetivo central atender a externalidades positivas negligenciadas pelo mercado. Sendo assim, o empreendedor social busca soluções sustentáveis, que envolve essencialmente o valor social, contrário aos empreendedores convencionais, em que ações lucrativas são valorizadas em sua essência. Esse reconhecimento acrescenta-se ao fato, que frequentes casos de IS, estão aliados a organizações sem fins lucrativos, que apoia determinadas causas sociais, em que seus líderes são reconhecidos como empreendedores sociais.

Do ponto de vista teórico são caracterizadas como aquelas que vem da necessidade em solucionar problemas sociais de forma mais eficiente, eficaz e sustentável do que com as soluções já existentes, gerando valor social (PHILLS JUNIOR; DEIGLMEIER; MILLER, 2008). Inferem Caulier- Grice et al (2012), que as IS tem como objetivo as melhorias com a inexistência de fronteiras, sendo possível encontrá-las em áreas como: educação, saúde, urbana, ação social e habitação. Esses autores após estudos em instituições europeias, a conceituam como:

Novas soluções (produtos, serviços, modelos, market, processos, etc.) que simultaneamente, atendem a necessidades sociais (mais efetivamente do que as soluções já existentes) e guiam para novas ou melhora da capacidade e relações de uso de bens e recursos. Em outras palavras, a IS, melhora a sociedade e sua capacidade de agir (CAULIER-GRICE et al, 2012, p.18).

O conceito acima de IS pode ser adotado nesse estudo, pois contempla novas soluções, baseadas em um processo, que atende a necessidade social não satisfeita pelo mercado, além de contemplar a ‘melhora da sociedade e de sua capacidade de agir’, que surge do empoderamento dos atores que advém principalmente do conhecimento. Colaborando, Fachinelli; D’arisho; Maciel, 2014, p. 278, infere que a Inovação Social é considerada uma ação complexa, que está em debate crescente, sujeita a resistências, geralmente tem seu âmbito local, “demanda um processo coletivo de criação, aprendizagem e invenção que transforma a realidade existente e estabelece novas práticas sociais”.

Após conceituar o termo IS, surge um novo questionamento a respeito de onde emerge na prática, a exemplo dos setores público, privado, ou da própria sociedade civil, o

importante é que traga contribuições à sociedade, ajudando-a a participar, interagir e enfrentar problemas, catalisando conhecimentos e empoderando seus atores. Considera-se ainda por André e Abreu (2006) que a IS pode emergir por ‘estímulos’, esses são evidenciados por desafios (a que a inovação social pretende responder), oportunidades (que a inovação social procura aproveitar), adversidades (que a inovação social visa ultrapassar) e riscos (que a inovação social visa mitigar).

Assim, as ações solidárias, consideradas inovações, podem surgir por diversos estímulos e com pontos de partidas distintos, sendo descritas como *Top-down* ou *Bottom-up*. Essa abordagem refere-se onde as mudanças são originadas e quem são seus dirigentes originais.

Na primeira abordagem, a *Top-down*, os agentes são externos, exercendo uma indução de “cima para baixo”, por exemplo: governo, empresa ou indústria. Ocorrem quando elas partem de uma política de governo, ou até mesmo quando focam em materiais como formulários elaborados pelo governo.

De acordo com o BEPA - Bureau of European Policy Advisers (2010) as políticas públicas podem acelerar as mudanças uma vez que, com a implementação de processos participativos, capacitam seus atores e reforçam a ligação social para lidar com os desafios.

Azevedo e Pereira (2013) acrescentam que as políticas públicas podem ser responsáveis por apoiar o desenvolvimento econômico e social, pois regulam ações e regras de implementação. No entanto, para se efetivar e aprimorar os objetivos, é necessário que a atuação dos atores locais também ocorra, havendo uma simetria entre a implementação do governo e os atores locais para evitar resultados inesperados. Essa simetria também é importante, não só entre as políticas e atores, mas também na interação dos atores locais participantes (todos os envolvidos, incluindo os trabalhadores e beneficiados) com os atores centrais (que lideram as ações de mudanças).

As inovações de uma forma geral contribuem para mudanças, porém nem todas conseguem afetar a economia, tecnologia e sociedade em larga escala, uma vez que “os valores sociais, ideologias, instituições, desequilíbrios de poder e padrões vigentes têm efeitos diversos sobre o sucesso de diferentes tipos de inovação. Acrescentando torna-se necessário compreender a realidade na qual se pretende trabalhar” (SANTOS, 2012, p.16).

Outra abordagem ocorre quando as inovações partem de “baixo para cima,” ou seja, quando geradas pela sociedade civil - indivíduos, cidadãos, grupos comunitários e similares são chamadas de *Bottom-up* (BERGMAN et al, 2010). Esse tipo de abordagem pode ser

iniciado pelas pessoas e comunidades locais, por ações coletivas geradas a partir das necessidades locais.

Azevedo e Pereira (2013) consideram que as ações de execução são analisadas como *Bottom-up*, e que os atores tanto públicos, como privados podem exercê-las. Assim é importante a participação dos segmentos *Bottom-up* para se alcançar os resultados almejados. Vale salientar que a IS é um processo cíclico que às vezes vem da mobilização dos participantes a partir de uma ideia, que é testada e validada, sendo posteriormente firmada com fluxos legais. Posteriormente, elas podem entrar em parceria com o governo e, através desse suporte, serem replicadas e ampliadas, se difundindo e beneficiando a sociedade.

A difusão da inovação social é ponto considerado transformador dela, uma vez que a partir desse momento a inovação pode se transformar em outra inovação aplicada em outros contextos ou apenas ser adaptada ao contexto já existente dependendo dos desafios a serem superados de cada realidade local.

Considera-se que um dos principais benefícios da IS é a aquisição de conhecimento e emponderamento dos participantes que não são beneficiados apenas pela assistência humanitária dos outros, mas que aprendem a agir e modificar sua realidade. Portanto, seja qual for à origem, a iniciativa necessita do envolvimento da sociedade civil.

Associando a IS ao âmbito da saúde, vale salientar que a IS atingiu valorização ascendente nos últimos anos, uma vez que surgiu em diversos âmbitos e em processos importantes para sociedade. Considera-se atualmente que a instância pública de saúde nacional, sofre uma verdadeira “crise”, evidenciada por diversos desafios para manter o equilíbrio, a qualidade e até a sustentabilidade. Victora et al (2011) afirmam que o Brasil, por ser um país de grande extensão, é difícil de administrar, destacando as diferenças regionais do país, em que as regiões Norte e Nordeste, são menos favorecidas do que as do Sul e Sudeste, com menor expectativa de vida e com maiores taxas de indicadores sociais negativos, como a taxa de mortalidade infantil.

Infelizmente, a crise na saúde não escolhe a quem vai afetar, a sociedade como um todo é envolvida, incluindo crianças recém-nascidas impossibilitadas na escolha de um nascimento saudável. Por vezes, esses Recém-nascidos (RNs) são vítimas da crise social, de uma gestação não programada, de uma assistência ao pré-natal deficiente ou de causas maternas determinadas, em que as mães têm dificuldade de acesso à saúde e a informações necessárias para o acompanhamento adequado de sua gestação.

Como consequência, há uma preocupação mundial com os partos prematuros, responsáveis pelo aumento expressivo da mortalidade infantil (BRASIL, 2011).

Outro ponto a refletir é que quando os problemas ligados à gestação se exacerbam, essa mulher precisa de um atendimento de urgência, que nem sempre está acessível, fazendo com que ela peregrine entre serviços de saúde lotados e por vezes incapazes de atender toda demanda existente. Contudo, a consequência é um atendimento não digno, além de um possível insucesso no tratamento que foi retardado e um consequente aumento da mortalidade infantil.

Essa reflexão é importante no contexto social, pois através da taxa de mortalidade infantil, podem-se identificar as condições sociais, econômicas e de saúde da população servida (MIURA; PROCIANOY, 1997).

A partir da reflexão anterior, pode-se inferir que as causas sociais são imprescindíveis em determinadas áreas como educação, habitação e inclusão social, mas é mais legítimo quando ligado à vida. Portanto, há uma necessidade ímpar de encontrar alternativas de apoio social para beneficiar essa população infantil, que envolve não só aspectos de atendimento refinado, com tecnologias que apoiam o tratamento clínico em si, como hospitais com Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo) equipadas com materiais e equipamentos modernos, de alta tecnologia, mas também o envolvimento da família no cuidado ao recém-nascido, criando um vínculo afetivo com o mesmo que ajuda no tratamento. Além disso, é importante que o atendimento dos profissionais, além dos aspectos técnicos científicos, envolva os aspectos subjetivos, criativos para driblar as deficiências e desafios, envolvidos na integralidade do ser humano, que é uma das diretrizes do SUS.

Para se garantir a integralidade humana, faz-se necessário associar práticas aliadas à humanização da assistência em saúde. Para Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2006), o verdadeiro sentido da prática de humanizar o serviço de saúde, se concretiza a partir dos profissionais, do trabalho em equipe, do aprimoramento das relações entre si, usuários do SUS e administradores. Essa prática pode ocorrer tanto no hospital, quanto na comunidade, valorizando a dimensão humana e subjetiva dos sujeitos envolvidos.

No intuito de contemplar a oportunidade de obter um atendimento qualificado, humanístico e ético, associado aos desafios inerentes à assistência hospitalar, mais especificamente na atenção neonatal complexa de recém-nascidos prematuros e de baixo peso, implantou-se no Brasil a *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso-Método Canguru*. Assim, considera-se que o Método Canguru surgiu por estímulos condizentes com os que produzem uma IS, como apresenta André e Abreu (2006).

O Método Canguru (MC), também denominado “mãe canguru”, é chamado assim devido ao modo como as mães carregam seus bebês após o nascimento, de forma semelhante aos marsupiais¹² (BRASIL, 2011).

Desde 08 de dezembro de 1999, o MC foi convertido em Política governamental de saúde pública no Brasil. No entanto, os procedimentos relacionados ao Método foram iniciados desde 1979 na Colômbia no Instituto Materno Infantil de Bogotá e atualmente seus procedimentos atingem proporção mundial. No Brasil, sua aplicação foi iniciada em 1992 no Hospital Guilherme Álvaro, em Santos (São Paulo) e em 1993 no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), no entanto houve expansão no país a partir de 1997, tornando-se política pública em 1999 (BRASIL, 2011).

O MC é considerado uma estratégia de humanização à saúde utilizada a princípio como uma tentativa de reduzir a lotação da unidade de cuidados prestados a estes recém-nascidos que posteriormente foi apresentado como uma melhor prática, uma forma inovadora de apoio à prematuridade no Brasil (PROCHNIK; CARVALHO, 2001).

Desta forma, essa iniciativa pode ser condizente com a abordagem *Top-down* de IS em muitos hospitais do Brasil, estando integrado a ações com apoio do Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) no intuito de humanizar a assistência à saúde, reduzir o tempo de internação hospitalar e de valorizar a participação da família no cuidado, sendo associado a determinadas ações como Iniciativa de Hospital Amigo da Criança (IHAC) e os Bancos de Leite Humano (BLH) (PROCHNIK; CARVALHO, 2001).

A assistência neonatal, utilizada neste método, favorece não só a saúde dos recém-nascidos prematuros e de baixo peso ao nascer. Além, envolve melhorias para o serviço hospitalar, envolve a família no cuidado, favorece diminuição da lotação da unidade neonatal, reduz o risco de infecções hospitalares, melhora o ganho de peso, e garante melhora da efetividade no aleitamento materno, colaborando para uma alta hospitalar mais antecipada e fortalecida. A família aprende a cuidar do seu bebê, favorecendo o vínculo afetivo, importante no processo do cuidar. Portanto, pode-se dizer que a metodologia canguru promove o emponderamento materno com repercussões no cuidado e atenção para com o bebê (BRASIL,

¹ A humanização é o ato ou efeito de humanizar(-se), de tornar(-se) benévolo ou mais sociável.

² Os marsupiais são animais mamíferos, cujos embriões se desenvolvem no útero e nascem precocemente (sem estar completamente formado), terminando o desenvolvimento no interior de uma bolsa de pele (o marsúpio), uma extensão ventral da barriga da mãe. Os marsupiais mais conhecidos são: os cangurus, os coalas e o demônio da tasmânia, os gambás e as cuícas. (RIBEIRO, 2016).

2011). Esse fato corrobora com o estudo de Caulier-Grice et al (2012), que considera a melhor capacidade da sociedade para agir como um dos principais elementos da IS, pois capacita os beneficiários pela criação de novos papéis e relacionamentos, assim como da utilização dos ativos e recursos.

O Método Canguru (MC) pode ser caracterizado em três etapas (BRASIL, 2004). A primeira contempla todo o período de internação do RN na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo), geralmente com suporte respiratório, clínico e de monitorização, conforme ilustra-se a posição canguru na figura 1 (1), mas também pode começar desde o acompanhamento pré-natal de uma gestante de risco.

Figura 1 (1)- Posição canguru na primeira etapa do MC



Fonte: Fapema.br

Quando a primeira etapa, considerada mais crítica, estiver superada, ou seja, o RN estiver com estabilidade clínica, pesando 1250g no mínimo, além das condições e desejo da mãe favoráveis, inicia-se a segunda. Nela, na unidade ou enfermaria canguru específica para o Método, o bebê é enrolado ao corpo da mãe ou familiar e mantido o contato “pele a pele” por um período de tempo prolongado. A terceira etapa tem início após a alta hospitalar, com o encaminhamento para acompanhamento em consultas ambulatoriais com equipe de saúde, na unidade ou em outra de referência (BRASIL, 2014).

Na primeira etapa há alguns passos fundamentais, citados a seguir, que são normas operacionais, relacionadas à instituição, a equipe de saúde e aos pais e familiares e aos recém-nascidos.

Os procedimentos relativos à instituição, como estrutura física e recursos, compreendem entre outros, a garantia de que a puérpera permaneça na unidade hospitalar durante a primeira etapa, a oferta de auxílio transporte para a vinda diária à unidade pelos Estados e/ou Municípios caso a mãe não permaneça no hospital, a oferta de refeições durante a permanência na unidade, a aquisição de assento adequado para a permanência ao lado de seu bebê, dentro da UTINeo, com espaço que permita o seu descanso, além de atividades complementares que contribuam para melhor ambientação, desenvolvidas pela ‘equipe’ interna de profissionais e por voluntários (BRASIL, 2007).

Aos pais e familiares concerne o acolhimento na Unidade Neonatal (UNN), esclarecimento sobre as condições de saúde do RN e sobre os cuidados dispensados, sobre a equipe, as rotinas e o funcionamento da UNN, estímulo ao livre e precoce acesso deles sem restrições de horário e propiciando sempre que possível o contato com o bebê, garantia que a primeira visita seja acompanhada pela equipe de profissionais, oferta de suporte para a amamentação, estímulo a participação do pai em todas as atividades desenvolvidas na Unidade, incentivo a assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores para o bem-estar do bebê, comunicação aos pais sobre as peculiaridades do seu bebê, demonstrando continuamente as suas competências (BRASIL, 2007).

Além desses procedimentos, há normas relacionadas diretamente ao RN, onde se orienta diminuição dos níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos, adequação do cuidado de acordo com as necessidades individuais comunicadas pelo bebê, garantia de medidas de proteção do estresse e da dor, utilização de posicionamento adequado, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono, favorecendo assim o desenvolvimento do RN.

Este estudo é focado na primeira etapa do Método Canguru, pela qual estão envolvidas as ações relatadas anteriormente (instituição, pais-familiares, profissionais e RNs). Justifica-se a escolha dessa etapa, porque, no local de estudo, que é Hospital das Clínicas (HC) do Recife, só se pratica a primeira e terceira etapas, porém nessa última, o acompanhamento ocorre após a alta hospitalar.

O HC é uma instituição integrante a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) considerada de referência no Estado de Pernambuco em Assistência a Gestação de Alto Risco. Faz parte de uma das cinco unidades hospitalares da Região Metropolitana do Recife que possui atendimento ao Recém-Nascido em UTINeo e que convivem diariamente com todos os desafios que envolvem a assistência neonatal a bebês prematuros e de baixo peso ao nascer.

No hospital, na comunidade ou em qualquer contexto local onde ocorrem IS é imprescindível a participação de atores. Dessa forma Maccallem et al (2009), *apud* Correia et al (2014) afirmam que iniciativas, tais como a IS, caracterizam-se como estratégias que levam a uma integração de desenvolvimento, na busca de resolução de problemas e necessidades sociais, através da ação coordenada por determinados agentes, a exemplo de beneficiários, trabalhadores e gestores.

Esses atores se articulam no meio inovador, com diferentes relações de poder e com papéis distintos. Como referenciado por André e Abreu (2006, p.130) “o meio articula e confere sentido às várias dimensões de inovação, constituindo o ‘caldo’ que promove umas e dificulta outras”, envolvendo aspectos culturais e participativos dos atores envolvidos.

Complementarmente, Albagli e Maciel (2004) evidenciam as dimensões territoriais e sócio institucionais, na produção e difusão de conhecimentos e inovações, referindo que cada local ou região têm características e combinações que favorecem as interações locais, refletindo a noção de territorialidade além da relação física, ou seja, a noção do vivido territorial em toda sua abrangência e em suas múltiplas dimensões - cultural, política, econômica e social.

Julien (2010) refere-se ao meio considerando que ele assegura o desenvolvimento, juntamente com os empreendedores e as organizações. Assim, contempla dimensões espaciais de territorialidade, mecanismos coletivos, elementos de informação, conhecimento e variedade de recursos. Seus recursos de base, compreendem dimensões como: a gestão da infraestrutura, a mão de obra e o transporte. Logo, elas podem explicar e facilitar os laços relacionais de proximidade que estimulam a coletividade, facilitando o desenvolvimento das atividades. Por outro lado, também pode ser fonte de inércia e conformismo a depender de outro recurso muito importante que é a cultura empreendedora (JULIEN, 2010), que envolve aspectos invisíveis, porém influentes na estrutura inerente à organização.

Assim, é importante compreender questões relativas ao meio inovador onde se produz uma inovação social e as potenciais influências dos seus agentes na adoção de um caso condizente com uma IS. Refere-se ao lugar (comunidade-território) e ao espaço-rede (pessoas e fluxos materiais e imateriais) onde estão inseridos os atores locais. André e Abreu (2006) elencam que os meios inovadores, onde ocorre uma inovação social, devem possuir três características principais: diversidade; tolerância e participação.

A diversidade é importante para inovar, pois ela une o meio ao ambiente externo; a tolerância remete à exposição ao risco que é imprescindível para ultrapassar barreiras, a

participação de todos os atores é outro fator fundamental para implementar novas ações e atitudes que gerem mudanças (ANDRÉ; ABREU, 2006).

As características do meio envolvem os atores que interagem em determinado contexto local. Nessa pesquisa, dentre os atores, foi priorizada a análise da percepção³: dos profissionais de saúde, os quais são os atores executores das atividades, como os cuidados diretos as RNs e o acolhimento aos pais; os responsáveis técnicos e coordenadores da UNN, os quais lideram os demais membros da equipe; e professores da universidade, vinculados e envolvidos com as questões locais. Esses são capazes de refletir e perceber a integração e elencar melhorias trazidas aos beneficiários, assim como elucidar os fatores favoráveis ou desafiantes na implantação do MC na Unidade Neonatal do HC como uma inovação social.

Acredita-se que a equipe de saúde tem capacidade em representar, através da polifonia, a sua percepção as diferentes vozes que integram o contexto local. De acordo com Pires e Tamanini-Adames (2010), a polifonia é um termo comum na música para representar os diferentes sons repercutidos ao mesmo tempo, mas não é só a música que utiliza o termo, podendo ser usado em uma multiplicidade de vozes ideologicamente distintas, em que linguagens sociais que se impõem como expressão da diversidade social que este quer representar. Assim todo o contexto, seja da escrita, da percepção dos atores e inclusive da pesquisa é representado através da formação de várias ideias, de outras vozes ou fontes pesquisadas.

Neste sentido, a premissa desse estudo é de que no processo de implantação de ações humanísticas do Método Canguru, houve influências “*Bottom-up*”. Essas, referem-se a atuação da equipe de saúde, aos pais e familiares dos Recém-nascidos e a gestão hospitalar. Porém, a equipe de saúde é quem vivencia, no cotidiano do seu trabalho, as ações adotadas, com suas inerentes dificuldades para efetivação, portanto trata-se das necessidades percebidas dessa equipe, que tem o papel de manter uma boa qualidade de assistência ao recém-nascido, além de interagir com a gestão e familiares envolvidos no processo.

Contudo, o Método Canguru emergiu *Top-down*, mas, acredita-se que os desafios e potencialidades locais, relacionados às características do meio inovador, apresentados por André e Abreu (2006), influenciaram na adaptação e possível transformação ou de sua

³A percepção, segundo Robbins (2009, p.28) “é o processo pelo qual os indivíduos organizam e interpretam suas impressões sensoriais, com a finalidade de dar sentido ao seu ambiente”. Ela pode ser influenciada pelo observador, objeto ou alvo da percepção e pelo contexto da situação na qual ela ocorre.

abordagem *Bottom-up* em *Top-down*. Assim a questão central desse estudo é: **como as influências *Bottom-up* de uma Inovação Social interferiram no processo de humanização relacionado ao Método Canguru na UNN do Hospital das Clínicas?**

1.2 Objetivos

Propõe-se, como objetivo geral desse estudo, analisar as influências *Bottom-up* de uma inovação social e suas interferências no processo de humanização relacionado ao Método Canguru na UTI Neonatal do Hospital das Clínicas da UFPE. Como objetivos específicos o estudo busca:

- Caracterizar o Método Canguru como uma inovação social;
- Compreender a natureza das relações locais da UNN, seus desafios e potencialidades relacionadas à instituição, pais, familiares e equipe de saúde dentro de um contexto histórico no qual foi aplicada a intervenção do governo;
- Identificar as percepções dos atores sobre as características do Meio Inovador e a qualidade da atenção na UNN do HC;
- Mapear as principais adaptações locais e realizadas ao Método Canguru.

1.3 A Unidade neonatal do HC como cenário do estudo

Considerando a necessidade de entender o local onde se realizará o estudo, descreve-se, em um contexto mais abrangente, a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) que é uma Instituição de Ensino Superior reconhecida internacionalmente, sendo o Hospital das Clínicas seu órgão suplementar. É importante que o ensino de saúde esteja integrado a ações humanísticas, para que se formem profissionais com valores pautados na ética e na solidariedade, respeitando os direitos dos pacientes.

O HC é considerado de grande porte, possuindo em torno de 400 leitos para internação, incluindo as Unidades de Terapia Intensiva. É referência para consultas especializadas em todo Estado de Pernambuco, e de outros circunvizinhos, visto a diversidade da assistência e serviços de tecnologia avançada.

A Unidade Neonatal do HC possui oficialmente 8 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo) e 5 de Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), porém não se consegue manter apenas esses 13 leitos ocupados, frequentemente ocorre superlotação. A demanda de internamentos da UNN depende do número de partos que ocorrem no Centro Obstétrico (COB) que é regulado pela Central de Parto⁴ e das vagas disponíveis na enfermaria de Alojamento Conjunto (AC).

Constata-se que a Central de Regulação de Leitos enfrenta dificuldades para regular as vagas que estão frequentemente indisponíveis, devido à demanda de pacientes ser maior do que a oferta de leitos. Essa situação é percebida por longo período em todo estado de Pernambuco, portanto os ‘hospitais de referência para alto risco’ como o Hospital das Clínicas recebem pacientes de outros estados e principalmente do interior do estado de Pernambuco, quer tenha ou não vagas disponíveis no HC.

O COB do HC é responsável pela assistência ao parto de “gestantes de alto risco”. Em 2014, foram registrados 1616 nascidos vivos no HC, desses recém-nascidos 1405 foram encaminhados e admitidos na UNN, a ocupação anual foi de 140,9%. Em 2015 o total de nascimentos foi 1481 crianças, de acordo com os Livros de Ocorrências Médicas (LOM) da unidade. Nos censos diários da UNN em datas variadas, a ocupação de leitos por vezes superou 150% na UTINeo e 400% na UCI.

É fato que, devido a surtos de infecção hospitalar, falta de profissionais médicos ou de materiais para assistência, por vezes, o atendimento ficou restrito, sendo as gestantes transferidas para outras maternidades, reguladas pela Central de Parto. Nesses casos, houve redução de nascimentos em Abril, Novembro e Dezembro no ano de 2014. A taxa de mortalidade infantil⁵ deste ano na UNN do HC foi de 30,4 crianças a cada 1000 nascidas vivas (durante o período de internação). Em 2015 a taxa de mortalidade foi bem inferior, apenas três (3) por 1000 nascidos vivos, essa regressão ocorreu pelo fechamento de plantão para prematuros naquele ano, devido a problemas locais explicados na apresentação dos dados.

⁴ A Central de Parto faz parte da Central Estadual de Regulação de Leitos e é responsável por definir o acesso do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) para um serviço de referência de acordo com a patologia informada pelo médico assistente. Esta fornece senhas para atendimento e internamentos de acordo com o diagnóstico e a disponibilidade de vagas nas maternidades

⁵ No Brasil a taxa de mortalidade infantil - em menores de um ano - vem em decréscimo ao longo dos anos, de forma que de 2000 a 2013 passou de uma média de 30 para 15 óbitos a cada 1000 nascidos vivos (IBGE, 2013).

No HC, em relação à equipe de saúde, a UNN conta com médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem em regime de plantões diurnos e noturnos e em regime de turno diário. Conta também com assistência de profissionais como fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e nutricionista. Por um período de anos, pôde-se contar com a assistência e apoio com pesquisas dos professores da graduação e pós-graduação da UFPE, de acordo com disponibilidade de prática de ensino. Eles apoiaram a assistência na UNN do HC, mesmo não possuindo obrigatoriedade, visto o déficit do serviço ao longo dos anos.

Aliás, esse déficit da equipe da UNN do HC apresentou-se em diversos momentos ao longo dos anos, e em todas as profissões, visto a dificuldade de substituições por novos concursos públicos e aumento da demanda de pacientes. No momento, o HC está sendo gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), por meio da qual, houve contratações de diversos profissionais para reposição do quadro de funcionários, embora ainda não sejam suficientes para o desenvolvimento pleno das tarefas, devido ao aumento do número de pacientes que frequentemente superlotam a UNN.

1.4 Justificativa e contribuições do estudo

A importância da pesquisa consiste no estudo das características locais sob as quais o Método Canguru vem sendo praticado na UTINeo do HC e as influências *Bottom-up* do meio onde ocorre IS. Aliado a isso, há o interesse de ampliar o conhecimento em Inovação Social, que é um tema em valorização ascendente, pois visa atender a necessidades sociais, fortalecendo a sociedade, além do interesse em incentivar as ações de humanização dos cuidados neonatais presentes no MC.

Contudo, são cabíveis estudos como esse, que analisam detalhadamente, em um contexto histórico, as realidades concretas no desencadear de uma intervenção de política de governo, quais foram os desafios locais na adaptação dessa política, assim como as ações locais para a adequação e superação perante as dificuldades.

O MC, a partir do momento que foi apresentado como uma melhor prática, tornou-se foco amplo de estudos com objetivos diversos. Assim, há um impacto social com essa proposta de apoio a prematuridade difícil de ser mensurado, porém, assim como a IS, o MC busca ofertar proteção, inclusão e bem-estar social.

Como justificativa de melhoria para o usuário, há aspectos como o acolhimento à família, que se sente mais segura e emponderada para cuidar do seu bebê. Na proposta do MC, há uma aproximação da mãe e família com o RN que melhora visivelmente estado de saúde dele. É percebido que a presença dos pais, principalmente a mãe dentro da UTINeo, ajuda na vigilância, no aleitamento materno e protege a criança com determinadas vantagens, além da própria recuperação do bebê que fica mais estimulado e ativo.

Como integrante da equipe de saúde da UNN do HC e aluna do Mestrado Profissional em Administração da UFPE, as questões gerenciais e assistenciais de uma Unidade Neonatal, com peculiaridades específicas inerentes a assistência de alta complexidade são motivos de preocupação para pesquisadora. Esses desafios envolvem os profissionais, os familiares dos recém-nascidos e os dirigentes dessa unidade de alto risco, que além da tecnologia de ponta e substanciais recursos econômicos, exige muita humanização e criatividade para adequar o atendimento das necessidades aos pequenos pacientes.

O HC faz parte de uma das cinco unidades de referências do Recife para Maternidade de Alto Risco, no entanto, é a única que não conseguiu implantar a 2ª etapa do MC. Apesar dos profissionais estarem cientes dos benefícios deste método - inclusive na redução de custos - entender as dificuldades de implantação da 2ª etapa do MC no local de estudo também faz parte das justificativas da pesquisa. Considera-se por Prochnik e Carvalho (2001) não haver um padrão único para o MC, dessa forma, as operacionalizações variam com protocolos adaptados as condições locais, variando de acordo com a cultura, condições sociais e desenvolvimento dos serviços de saúde nos quais o método é aplicado.

Identificar a natureza dessas relações locais, seus desafios e potencialidades podem colaborar para traçar políticas que valorizem ações sustentáveis no âmbito do Hospital das Clínicas, UFPE. Além disso, a IS é uma prática social inspiradora, que pode ser replicada em outros serviços de saúde neonatal, ou em outros contextos, como exemplo a atenção ao idoso e deficiente físico.

2. Fundamentação teórica

Para compreender a questão da pesquisa, assim como o desenvolvimento e alcance dos seus objetivos, apresenta-se neste capítulo de forma mais aprofundada os principais temas da pesquisa, a saber: contextualização das inovações em geral, da inovação social inserida em um serviço de saúde, as influências do Meio Inovador, assim como o processo de humanização proposto pela Política Nacional de Humanização e o Método Canguru.

2.1 Inovações

As transformações aceleradas que ocorreram nas últimas décadas, em especial no final do século XX, influenciaram o desenvolvimento tecnológico e científico em grande escala. Nessa dinâmica, surge uma motivação incansável por alternativas inovadoras, introduzindo novas tecnologias e modificando o mercado de determinadas formas como a questão do trabalho, do capital e dos serviços, além dos avanços nos meios de comunicação, pesquisas e os avanços específicos de cada área (CASTELLS, 2012; MINAYO, 2014).

No entanto, a inovação é um termo que frequentemente é associado ao domínio tecnológico e científico, portanto está intrinsecamente relacionado com a economia, uma vez que o surgimento da expressão ‘inovação’ vem de ‘novas combinações’ responsáveis pelo desenvolvimento econômico.

Neste sentido, Schumpeter (1988) é reconhecidamente uma das principais referências quando se fala em inovações, que ainda pode ser refletida como atual. Ele refere que as novas combinações podem ser derivadas das anteriores por ajustes contínuos ou por ajustes mais radicais, relacionando cinco tipos de novas combinações que são a introdução de um novo bem, de um novo método de produção, abertura de um novo mercado, conquista de uma nova fonte de oferta de matérias primas ou bens semimanufaturados e por último o estabelecimento de uma nova organização de qualquer indústria como a criação de monopólio.

Independente da forma de introdução dessas combinações, consideradas inovações, Albagli e Maciel (2004) destacam que para inovar são necessários recursos de base como a informação e o conhecimento a fim de enfrentar desafios. Dada a sua relação com o saber, Jesus e Periotto (2007), infere que a inovação é valorizada por cientistas sociais, administradores e formadores de políticas públicas, construindo motor das mudanças nos

arranjos sociais, econômicos, políticos de toda sociedade, enfatizando a discussão ambiental como consequência a ser considerada com o avanço da inovação tecnológica. Por outra parte, André e Abreu (2006) declaram que a inovação esteve quase exclusivamente atrelada ao domínio tecnológico, mas ganha importância, surge em âmbitos variados a exemplo: os cuidados a saúde, ação social, habitação e causas trabalhistas, que dada à amplitude de cada área, desencadeia a profusão do termo.

Com o advento das tecnologias de informação, houve mudanças drásticas em todos os campos industriais, alterando o processo produtivo globalizado. Esse conjunto de mudanças estabelece um novo paradigma chamado “economia do aprendizado”, em que o conhecimento é valorizado na dinâmica organizacional, visando à sustentabilidade (VARGAS; ZAWISLAK, 2006).

No que concerne à dinâmica da globalização, que conecta a economia mundial e suas consequências para a sociedade, Castells (2012, prefácio I), em sua obra, analisa a dinâmica social e econômica da era da informação, referindo que no final do segundo milênio da Era cristã evidenciam-se tempos confusos, marcados pela transição entre as diferentes formas de sociedade. Essas transformações sociais, tecnológicas, econômicas e culturais, deram origem a uma nova forma de sociedade vítima de crises e conflitos. Os processos de mudanças multidimensionais e estruturais foram intensificados por determinadas questões como: crises financeiras globais, mudanças nos mercados, crescimento da economia criminosa, violência e desequilíbrio ambiental, além da incapacidade das instituições políticas em lidar com problemas globais e as demandas locais.

As mudanças radicais, caracterizadas por profundas transformações ocorridas com o advento dos avanços e da revolução tecnológica e científica, em especial no âmbito da comunicação, repercutem em um sistema de redes globalizadas, sem fronteiras entre nações. No entanto, os efeitos da globalização, gerados pela nova estrutura social, “incluíam algumas pessoas e territórios e excluía outros, introduzindo assim, uma geografia de desigualdade social, econômica e tecnológica” (CASTELLS, 2012, prefácio I).

Oportunamente, salienta-se por Minayo, Assis e Souza (2005), que a ‘mudança’ visa modificar o curso de determinadas visões, ações ou problemas. Na promoção de políticas públicas a mudança é chave para medir e compreender os impactos das ações, assim, estão aliadas ao conhecimento científico, que por sua vez é alicerçado nas pesquisas. Nesse sentido, a autora destaca que fazer pesquisa é um trabalho complexo, em que a ciência é a forma mais legitimada da sociedade moderna, o pesquisador deve estar integrado no mundo, acompanhando os avanços do conhecimento e seus desafios, mas deve priorizar a

transferência do saber para o bem comum. Entende-se que ele deve ser cauteloso para valorizar as pesquisas com objetivos benéficos a sociedade, sobretudo com ética, sem prioridade das questões de mercado e ao mesmo tempo atualizado no contexto mundial.

É reconhecido que houve um crescimento da economia que envolve a globalização, mas, a economia social também se torna frequente foco de preocupação. Assim, cada vez mais, é necessário se importar com as questões sociais e ambientais não contempladas com as estruturas tradicionais e as políticas existentes. Em contraponto, o avanço da economia globalizada obriga as empresas a inovar constantemente, assim muitas pesquisas tentam analisar o fenômeno do ponto de vista sustentável financeiramente. Os eixos mais pesquisados atualmente são os de desenvolvimento, das inovações tecnológicas, organizacionais e as inovações em serviços (BIGNETTI, 2011).

Considerando o ambiente organizacional, que se exige criatividade para produzir inovações, existem barreiras para que essas inovações ocorram, impedindo o desenvolvimento de novas ideias criativas. No estudo de revisão realizado por Gomes e Lapolli (2014), foram apontadas algumas barreiras para inovação como a intolerância, o hábito, o formalismo e apego as tradições, além da rigidez no tratamento interpessoal. Apesar das pesquisas evidenciarem a importância da criatividade no ambiente organizacional, como condição para seu crescimento e sobrevivência, há dificuldades para superar essas barreiras. Assim, a inovação ocorre a partir do momento que o ambiente favoreça as ideias e proporcione estrutura ampla para o desenvolvimento e transformação de novos produtos, processos ou serviços inovadores da empresa.

Focando para as inovações em serviços, Vargas e Zawislak (2006) refletem que foi um tema considerado controverso a princípio no que se referia a sua autonomia ou a sua dependência como um subproduto de processos de inovação originários da indústria. Portanto, essa discussão está superada e já se tem uma teoria específica para inovação em serviço, com especificidades diferenciadas. Nessa perspectiva, os autores elencam abordagens teóricas para inovações em serviços que são a tecnicista, a abordagem baseada nos serviços e a integradora, essa última tenta unir a indústria e serviços em uma abordagem teórica única. Esses autores discutem a análise das inovações em serviços, sob a abordagem dos ‘sistemas de inovação’, considerando as dimensões espaciais, além da centralidade do ‘processo de aprendizagem’ para compreender a dinâmica desses sistemas.

Oportunamente, é prudente descrever sobre os sistemas de inovação. Esse tema emergiu após o debate quanto à capacitação tecnológica dos países mais industrializados. Assim, a inovação passou a ser vista de uma forma mais sistêmica a partir da enfática ação

coordenada de diferentes atores como universidades, empresas e políticas de governo no desempenho do país. O Sistema de Inovação é um instrumental favorável à implementação de políticas de Estado, definido “como um conjunto de instituições públicas e privadas que contribuem nos âmbitos macro e microeconômicos para o desenvolvimento e a difusão de novas tecnologias” (SBICCA; PELAEZ, 2006, p.417)

Em relação à importância do conhecimento nas inovações em serviços, de acordo com Fitzsimmons e Fitzsimmons (2014), resulta de pesquisas aplicadas e de trabalhos de desenvolvimento com metas, busca planejada, aplicação de conhecimento para criação de novos serviços ou processos ou para melhoria desses. Dessa forma, as inovações em serviços relacionam-se como o processo de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), determinado pela Fundação Nacional de Ciências que envolvem as pesquisas básicas, aplicadas e as de desenvolvimento. O resultado da inovação não necessariamente se traduz em um novo serviço, pois, existem desafios e características diferentes entre produtos e serviços.

A respeito do trabalho de Vargas e Zawislak (2006), vários pontos são considerados relativos à inovação em serviços no paradigma da economia do aprendizado: Há necessidade de aprofundar o processo de aprendizagem com a economia, considerando bens e serviços, além de especificidades de cada setor; Deve-se considerar a dimensão espacial (em especial aspectos culturais e geográficos) no processo de inovação; Considerando a falta de categorização setorial precisa, torna-se ofuscado os processos de aprendizagens subjacentes, que são centrais na discussão do seu trabalho; Sugere-se propor a análise mais apropriada a partir do sistema setorial de inovações, adaptado ao setor de serviços, levando em conta a heterogeneidade, em especial as interações usuário-produtor e produto do serviço que articula os sistemas setoriais de serviços.

Como o presente estudo, envolve as ciências sociais em um caso de saúde atuante em um setor público e universitário, é necessário refletir com foco nas ‘inovações no setor de saúde’. As inovações nos sistemas de saúde são compostas por especificidades relativas ao progresso científico-tecnológico que devem ter um olhar diferenciado “dados o enorme impacto positivo desse progresso sobre o bem estar social e sobre o desenvolvimento econômico” (ALBUQUERQUE; CASSIOLATO, 2002, p.134).

Para esses autores, os sistema de inovação em saúde deve ser analisado como “clusters”⁶ de tecnologias e soluções específicas, dentro de uma perspectiva dinâmica. Sendo

⁶ Cluster é entendido como uma rede de negócios de áreas similares, em determinada localidade que competem e ao mesmo tempo compartilham conhecimentos e valores entre si.

assim, mencionam que, nos países desenvolvidos, existem características específicas relacionadas ao fluxo de informação no setor de saúde. O primeiro ponto é o ‘complexo médico-industrial’ que articula a assistência médica, as redes de formação como universidades, a indústria farmacêutica, de equipamentos e de instrumentos de diagnóstico. O segundo ponto refere-se à existência de um ‘sistema biomédico de inovação’ com participação intensiva dos hospitais; e o terceiro, refere-se às facetas entre universidades e as indústrias na geração de tecnologia médica. Nesse último ponto, consideram-se, entre outras questões relevantes, as interações entre universidade e instituições de pesquisa que beneficiam a saúde pública e o bem-estar da população.

Assim, há características gerais que podem ser apontadas nos sistemas de inovação em saúde, onde destacam-se o alicerce da ciência e o forte peso das universidades e das instituições de pesquisa como catalizadores de informações e tecnologia. Além disso, é muito importante o investimento público na área para o desenvolvimento científico no país.

Victora et al (2011) analisam as condições de saúde e inovações nas políticas públicas de saúde no Brasil, reconhecendo que houve melhorias importantes nos indicadores de saúde pública como a diminuição da taxa de mortalidade infantil e a aumento da expectativa de vida. Essa melhoria é atribuída principalmente a avanços nos determinantes sociais e na implementação de um sistema nacional de saúde que envolve a ‘participação social’.

Essa participação social pode ser efetivada através dos conselhos de saúde, em que diferentes representantes como usuários do SUS, trabalhadores e gestores participam e tem poder de decisão. Victora et al (2011), referem que a participação social foi a “pedra fundamental” no SUS, é representada por conselhos, gestores, e formuladores de políticas públicas. Os conselhos são formados por representantes dos usuários do SUS (50%), trabalhadores de saúde (25%) e gestores (25%) no intuito de decidir as prioridades de ações no âmbito do SUS.

Por outro lado, a participação social não foi suficiente para combater as disparidades socioeconômicas no país que afetam negativamente determinadas camadas sociais, acrescido da dificuldade em administrar um grande território nacional, complexo e descentralizado. Por uma lado houve avanços nos indicadores de saúde, por outro ainda há estagnação ou deterioração deles. Para exemplificar, a taxa de mortalidade em crianças menores de cinco anos declinou de 43,2 para 4,4 mortes por 1000 nascidos vivos entre 1960 e 2009 no Brasil (VICTORA et al, 2011), porém ainda é insatisfatória, visto que a maioria das causas de mortes são evitáveis e passíveis de prevenção.

Outro ponto que estimulou um forte florescimento de mudanças de realidade nacional foi o fim de ditadura militar em 1980. Esse processo de ditadura não incentivava a participação popular, mas após o seu término, houve mobilizações em favor da democracia que construiu o SUS, na Constituição de 1988. Outros movimentos foram construídos e conquistados com o passar do tempo, beneficiando os indicadores de saúde como a estratégia de Saúde da Família, a Reforma Sanitária e Programas de transferência de renda condicionada, e o aumento do salário mínimo que passou de US\$ 50 em década de 80 para US\$ 300 em 2011 (VICTORA et al, 2011).

É reconhecido que essas ações trouxeram mudanças dos determinantes sociais, no entanto, em relação aos países desenvolvidos, o Brasil está distante das mudanças almeçadas, com indicadores inaceitáveis em algumas regiões menos favorecidas. Acrescentando, há uma necessidade em aumentar o incentivo à participação ativa da sociedade, através de medidas governamentais, institucionais ou até comunitárias. Assim a sociedade civil pode através de suas insatisfações, reivindicar mudanças políticas e garantia de direito a uma saúde pública de qualidade.

Em acréscimo, faz-se necessário para garantia da qualidade, melhorar a participação também dos trabalhadores nos processos de trabalho da saúde. Mas, para que isso se efetive, é básico melhorar as condições de trabalho. Diversos fatores dificultam o trabalhar no setor de saúde, entre eles estão à exposição ao adoecimento e acidentes de trabalho, aglutinação de atividades, exigência de um trabalho especializado com habilitação específica para atuação, baixos níveis salariais, dupla jornada de trabalho, pouco tempo para atividades sociais, políticas e de lazer e cultura, além do pouco entrosamento dos trabalhadores, em especial nos setores emergenciais (SOUZA; NOBREGA, 2007).

Além de todas essas questões supracitadas, outro desafio inerente à assistência pública de saúde é a questão de recursos humanos. A legislação no Brasil é rígida em termo de contratação de funcionário. Assim só pode haver contratação, após seleção por concurso, que demanda protocolos, empenho e tempo para ser efetivado. Os níveis salariais são pré-definidos, os encargos trabalhistas são substanciais e a demissão dos que não atendem a demanda é difícil (VICTORA et al, 2011).

Contudo, atender todas as demandas emergenciais de determinadas localidades, em um contexto social de redes de saúde por vezes “estranguladas”, onde há deficiências na prevenção das doenças e dificuldades de acesso da população, sobrecarrega os profissionais de saúde e dificultando várias ações.

Martins e Albuquerque (2007, p. 352) afirmam que “a execução do trabalho torna-se uma obrigação, em que a participação ativa e prazerosa acaba sendo substituída por uma ação mecanizada”. Assim, além da oferta de melhores condições de trabalho, as questões da mecanização são passíveis de mudanças se, oportunamente forem conscientizadas, com a reflexão da ação e do caráter transversal proposto pelo SUS no contexto do atendimento humanístico. Esse visa aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso se faz necessário um diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe, evitando a comunicação descendente.

Como já foi evidenciado durante a contextualização das inovações em geral, é importante que essas valorizem e acompanhem os avanços em geral, no entanto, faz-se necessário respeitar e valorizar as questões sociais, inclusive nas práticas de serviço na área da saúde.

2.2 Inovação social

De acordo com Maurer (2011) houve muitos avanços nos campos tecnológicos e comerciais, no entanto, as questões sociais e ambientais ainda são focos de atenção. Buscando-se alternativas que sejam capazes de minimizar essas questões, emerge a Inovação Social que André e Abreu (2006, p.125) registram como “uma iniciativa que escapa a ordem estabelecida, uma nova forma de pensar ou fazer algo, uma mudança social qualitativa, uma alternativa face aos processos tradicionais”. Contudo, a IS apresenta-se como um tema complexo e dinâmico.

O termo Inovação Social (IS) surgiu em 1960, referindo-se a investigação experimental em ciências sociais e humanas. O termo também foi associado ao empreendedorismo social, inovações tecnológicas, responsabilidade social corporativa e inovação aberta. No entanto, a IS só teve ênfase na última década, despontando como resposta aos desafios sociais, ambientais e demográficos complexos e multifacetados, como exemplos a escassez de recursos, alterações climáticas, envelhecimento da população ou custos dos cuidados à saúde, impacto da globalização entre outros (CAULIER- GRICE et al, 2012).

Phills Junior, Deiglmeier e Miller (2008) designam que ela emerge da necessidade em solucionar problemas sociais de forma eficiente, efetiva e sustentável, que gere valor para sociedade como um todo e não apenas para alguns indivíduos.

André e Abreu (2006) consideram cinco dimensões analíticas da inovação social: a natureza (o que é inovação social), os estímulos (porque se produz inovação social), os recursos e dinâmicas (como se produz inovação social), os agentes (quem produz a inovação social) e os meios inovadores ou criativos (onde se produz a inovação social). Portanto, é importante compreender questões relativas ao meio onde se produz uma inovação social, ou seja, o contexto local e as potenciais influências dos seus agentes na adoção de um caso previamente condizente com uma IS.

Quanto à natureza da inovação social, considera-se que, por se tratar de um tema novo, há discussão e pontos de vista diferentes sobre a definição e conceito. É crescente o debate em algumas áreas em todo o mundo sobre IS. Sua prática pode assumir formas diversificadas, a depender da área de interesse, setores e continentes, portanto, sua definição e significados podem ser diferentes, ou moldadas, não havendo ainda definições compartilhadas ou comuns de IS. No entanto, com o trabalho de Caulier-Grice et al, 2012, foi analisado determinadas definições, chegando ao consenso que “IS são novas soluções que simultaneamente atendem a necessidades sociais e guiam para novas ou melhoria das capacidades e relações de uso de bens e recursos. Em outras palavras, a IS, melhora a sociedade e sua capacidade de agir” (CAULIER-GRICE et al, 2012, p.18).

Na perspectiva do BEPA-Bureau of European Policy Advisers (2010) a abordagem recente da IS refere-se a um modelo que envolve governança e atua nas áreas específicas conjuntamente com a participação ativa dos cidadãos. Essa atuação com participação torna-se mais eficaz para enfrentar desafios amplos - como exemplo as alterações climáticas, justiça social e envelhecimento saudável - e desafios menos largos como incentivar aos autocuidados com a saúde, e desenvolver hábitos saudáveis como encorajar pessoas a trocar carros por bicicletas nas cidades. Independente do desafio a ser superado, a IS necessita de uma cultura de confiança e exposição ao risco necessário para inovar e para desenvolver o processo da inovação.

A IS ainda pode ser analisada como um processo ou um produto. Rollin e Vicente (2007) destacam que o processo surge a partir da necessidade dos atores em remediar um problema, identificando fases no processo de desenvolvimento que são: emergência, experimentação, apropriação e difusão. Como produto são técnicas que visam melhoria do bem estar dos indivíduos. Em adição André e Abreu (2006, p.126) inferem que “é mais comum associar a inovação social a um produto por analogia com a inovação tecnológica. No entanto, é no âmbito dos processos que assume maior relevância”.

Caulier-Grice et al (2012) elencam cinco elementos principais, que estão presentes para definir uma prática inovadora, conforme quadro 01(02), a seguir:

Quadro 01 (2): Principais elementos da Inovação Social:

| | |
|---------------------------------|---|
| Melhora da capacidade de ação | A IS é projetada para melhorar a capacidade da sociedade para agir que remete a capacitação dos beneficiários pela criação de novos papéis e relacionamentos, assim como utiliza os ativos e recursos, induzindo os beneficiários ao emponderamento; |
| Com efetividade | Apresenta-se com efetividade, pois deve ser mais eficaz do que aquelas soluções não atendidas de forma satisfatória pelos governos, empresas e até mesmo a sociedade, ou seja, ela deve criar uma melhoria mensurável em termos de resultados. Tais impactos têm melhorado o bem-estar ou a coesão social em diversos aspectos; |
| Dá a ideia de implementação | A IS dá ideia de implementação de determinada ação social, pois reflete a aplicação prática ou a execução de uma nova ideia. Como tal, acredita-se que há uma distinção entre a formulação de uma nova ideia, e a execução da referida ideia em serviços ou iniciativa viáveis e financeiramente sustentáveis; |
| Atende a uma necessidade social | Busca-se atender a uma necessidade social, que vai depender do contexto socialmente construído, mas pode envolver aspectos como pobreza, direitos, e desigualdades; |
| Apresenta-se como uma novidade | As IS não precisam ser completamente originais e únicas, mas tem que ser novidade de alguma forma para qualificar-se como tal. Novo em um campo, setor, região, mercado ou ser aplicado de uma forma nova. |

Fonte: CAULIER-GRICE et al, 2012.

Por outra parte e na intenção de mapear diversos elementos fundamentais que caracterizam uma IS, foram agrupados para fins de análise, por Federizzi (2012, p.34-35) quatro categorias que abordaram características da IS, baseados em conceitos de diversos autores (Esslinger,2010; Hautamäki,2010; Murray; Caulier-Grice; Mulgan,2010; Brown;Wyatt,2010; Phills Junior; Deiglmeier; Miller, 2008), que são:

- Valorização cultural “que compreende o valor social, coletivo, humano e ambiental para o desenvolvimento de estratégias”. A valorização cultural favorece uma potencial influência em mudanças de comportamentos tanto da empresa, como das organizações não

governamentais, das pessoas e do governo, podendo gerar um ciclo virtuoso de atitudes positivas (FEDERIZZI, 2012, p.34);

- Pensamento de rede, isto é, “para que uma mudança aconteça, é preciso combinar esforços do governo, da iniciativa privada e das organizações não governamentais”. Na característica do pensamento de rede, as políticas públicas podem colaborar e incentivar a mudança de comportamento (FEDERIZZI, 2012, p.34). De acordo com Castells, 2012, p.565 “Redes constituem a nova morfologia social de nossas sociedades e a difusão da lógica de redes modifica de forma substancial a operação e os resultados dos processos produtivos e de experiência, poder e cultura”;

- Sistema aberto, “que acontece a partir da colaboração de diferentes atores, que agregam suas diferentes expertises e pontos de vistas para solução de problemas” (FEDERIZZI, 2012, p.35), assim o sistema aberto abrange os espaços para cooperação que é facilitada pela troca de informações e valores, essa abertura avança com a globalização, em que as plataformas físicas e virtuais colaboram para troca de conhecimentos. Neste sentido, Santos (2012), refere que nas inovações abertas é importante o conhecimento do mercado, assim é valorizada a “porosidade” e a mobilidade das inovações, no sentido de trocas de saberes e remodelação das já existentes, evitando novos investimentos para criações semelhantes.

- Indicadores qualitativos, que apresentam maior dificuldade em serem desenvolvidos, pois é necessário “identificar novas formas de avaliá-los, pois estão conectados a serviços, cultura, conhecimento e entretenimento” (FEDERIZZI, 2012, p.35). Considera-se a escassez desses indicadores e sua necessidade de identificar formas em avaliar os crescimentos qualitativos. Santos (2012) destaca a importância em identificar os fatores qualitativos que impactam de forma positiva, neutra e negativa as inovações.

Deve-se considerar também que a IS se produz através de estímulos que podem ser adversidades, riscos, desafios e oportunidades. Assim, para André e Abreu (2006, p.127), essas adversidades e riscos constituem alavancas, embora haja a possibilidade de aproveitar oportunidades para a sua produção. Corroborando, Lima (2011) refere que as inovações sociais são estimuladas por descontentamentos da sociedade com seus problemas cotidianos, e da fragilidade do contexto em que está inserida, como citado a seguir:

Tornaram-se notórias as iniciativas sociais inovadoras de indivíduos que conscientes da fragilidade do contexto sócio-econômico em que viviam e na consecução de um cenário nefasto para a sociedade, empreenderam esforços próprios para inovar e transformar a realidade da vida de muitos grupos

sociais por meio de articulações e negociações entre organizações privadas de fins lucrativos, instâncias governamentais e instituições de caráter filantrópico e assistencialista (LIMA, 2011, p.48).

Assim, a inovação social, com sua proposta de mudança de realidade pode ser estimulada e posteriormente fortalecida por articulações entre organizações, governo ou sociedade civil, porém, independente da organização estimuladora da inovação social Lima (2011), destaca que, assim como os líderes e agentes de transformação, as pessoas que estão presentes nesse contexto e que são beneficiadas pelas ações, devido às insatisfações com seus modos de vida, são despertadas e tendem a colaborar com a inovação.

Em relação à intervenção do governo na IS, Murray, Caulier-Grice e Mulgan (2010) abrangem os diversos problemas sociais complexos na atualidade - como as alterações climáticas, a epidemia mundial de doenças crônicas e as desigualdades sociais. Nesses casos, atuar com as ferramentas clássicas da política do governo, por um lado, e as soluções de mercado por outro, não são suficiente para resolução. A propósito, André e Abreu (2006, p.123) inferem que a inovação social é um processo que visa à inclusão social e frequentemente não depende da intervenção direta do estado, até porque, diante de tantos problemas sociais, há percepção da dificuldade dos serviços públicos em suprir todas as demandas da sociedade, sendo cada vez mais necessário encontrar outras iniciativas de apoio.

Logo, apesar de a IS poder se efetivar sem a intervenção direta do Estado, as estratégias de desenvolvimento podem ser geradas por mecanismos de indução do governo ou da sociedade civil. Assim, como podem, em uma etapa mais desenvolvida da IS, obter articulação entre essas instâncias.

2.3 Abordagem tipo *Top-down* e *Bottom-up* da IS

A IS é reconhecida como essencial para enfrentar desafios. É importante reconhecer que as iniciativas inovadoras tenham um ponto de partida que podem ser descritas como *Top-down* (de cima para baixo) e *Bottom-up* (de baixo para cima).

Bergman et al (2010) definem o lócus da inovação como *Bottom-up* quando é gerada pela sociedade civil (os indivíduos, cidadãos, grupos comunitários, etc) ao invés de *Top-down*, quando gerada pelo governo, empresa ou indústria. Portanto, concerne de onde as mudanças são iniciadas e quem são os dirigentes originais. Se eles são especialistas, decisores ou ativistas políticos, a inovação será em grande parte *Top-down*. Se eles estão diretamente

envolvidos com as pessoas e as comunidades locais por ações socialmente coletivas, então será (principalmente) uma prática social caracterizada como *Bottom-up*.

Em uma observação mais atenta, há inovações sociais com interações mais complexas acionadas diretamente pelo coletivo, mas que, muitas vezes são apoiados por diferentes tipos de intervenções de instituições, organizações cívicas, empresas ou governo, tanto em seu movimento de partida, como ao longo do seu prazo de existência, sendo referidos como processos híbridos.

Azevedo e Pereira (2013) consideram que essas vertentes analíticas - *Top-down* e *Bottom-up* - podem ser úteis na investigação e implementação de programas de inovação. Assim, eles concordam que, caso a investigação foque em materiais e regras do governo, assim como na análise dos resultados dos formulários construídos pelo governo, são abordadas como *Top-down*. Caso a investigação enfoque a implementação e as ações dos principais atores públicos e privados envolvidos na execução dos programas de inovação, a análise é *Bottom-up*.

De qualquer forma, para que a inovação social se concretize é essencial à ação política e coordenada em todos os níveis internos e externos. Essa ação favorece a exclusão de barreiras e fragmentação da IS que por sua vez dificultam o cumprimento das fases do ciclo da IS. A comissão de conselheiros da União Europeia, a qual representa Bureau of European Policy Advisers (BEPA) trabalha na perspectiva que a crise global agrava progressivamente os desafios sociais, havendo necessidade de remodelar as diretrizes políticas, pois em períodos de restrição orçamentária a IS é uma alternativa eficaz para responder aos desafios, estimular a criatividade, desenvolver soluções e melhor utilizar recursos escassos, além de promover a aprendizagem (BEPA, 2010).

As políticas públicas podem ser responsáveis por incentivar e apoiar a promoção de ações para o desenvolvimento econômico e social. Essas políticas criam marcos regulatórios com regras e incentivos, contudo, nem sempre os objetivos são cumpridos, sendo recomendado que as implementações *Top-down* dessas políticas sejam aprimoradas através da abordagem *Bottom-up*, no sentido de conhecer e ouvir os atores relevantes inseridos no processo (AZEVEDO; PEREIRA, 2013).

Azevedo e Pereira (2013) perceberam - a partir da análise do trabalho em relação ao programa de inovação energética (Programa Nacional de Produção e uso de Biodiesel) - que as ações do setor público não são suficientes para o alcance das metas do programa, havendo dificuldade na inclusão social das propostas na formulação deste. Assim houve a concepção da baixa participação em segmentos *Bottom-up*, revelando que muitos dos problemas e

resultados inesperados do programa citado, foram causados pela assimetria entre os atores e pelas mudanças ocorridas na implementação do programa, além das pressões dos atores participantes sobre os atores centrais.

A assimetria decorrente das atitudes dos atores, pode ser reduzida pelo setor público que pode incentivar a participação, nesse sentido, o BEPA (2010) analisa que esse setor tem um papel de apoio a IS, em especial no que concerne a implementação de processos participativos que podem modificar a maneira que os atores interagem. De fato, o setor público tem um papel fundamental a desempenhar neste contexto, podendo as políticas públicas acelerar as mudanças, capacitando os atores através da confiança e aceitação social, reforçando a coesão e o tecido social para lidar com os desafios.

Assim como a IS reflete a interação e a participação dos atores no setor público, a ação empreendedora na administração pública encontra-se adaptada a novos modelos como as redes de relacionamento que estão inseridas na dimensão interação-sociais. Portanto, os componentes relacionalidade, diálogo e ação político-social destacam-se na incidência de ações empreendedoras no setor público (SOUSA; PAIVA JÚNIOR 2011).

No que concerne aos atores envolvidos na IS, Rollin e Vicente (2007) referem que há interação de diversos atores nesse processo. Em consonância Julien (2010) infere que os atores presentes no meio, são os grupos que podem afetar o seu dinamismo, como: as regras e apoio do governo, a instituição, os gestores e profissionais envolvidos na “mão de obra”, o envolvimento com laços internos e externos, além das relações culturais (atitudes e aptidões). André e Abreu (2006) relatam que esses agentes se articulam no meio com diferentes relações de poder e com papéis distintos.

O BEPA (2010) destaca que o sucesso da Europa não depende da sua capacidade técnica de inovar, mas principalmente da educação para desenvolver novas competências dos atores para as próximas gerações. Para isso, é necessário e essencial aliar aos processos novas formas de organização e interação entre os indivíduos, que estão ligados ao capital humano e social, valorizados como incentivadores do crescimento.

Buscando compreender o ciclo da IS, Rollin e Vicente (2007) e o BEPA (2010) destacam fases no processo de IS. Na fase inicial surge à ideia, o problema é diagnosticado e são geradas maneiras de lidar com o problema e fazer a experimentação. Essas ideias reforçam a participação mobilizadora dos cidadãos (*Bottom-up*), havendo posteriormente testes e validação da prática inovadora. Após, deve-se firmar a IS com os fluxos legais, além da consolidação de boas práticas (apropriação).

Na etapa seguinte, propõem-se parcerias entre os interessados e o governo, o suporte dos experimentos sociais, o suporte das plataformas de aprendizagem mútuas e redes com apoio às mudanças estruturais, organizacionais e institucionais. Nesta última fase, é importante o apoio *Top-down* para replicar, adaptar e ampliar as inovações testadas que têm uma clara vantagem sobre a prática corrente, diz respeito à difusão da inovação. Ainda segundo o BEPA (2010), um último estágio caracterizado quando novas formas de fazer e de pensar são postas em práticas, nesta fase geralmente estão envolvidos muitos elementos e setores.

No processo final de uma inovação social, os atores são contemplados com novos valores, novos conhecimentos e novas habilidades, que sempre são compartilhados. Assim, a partir de um processo de inovação social bem sucedida, outros processos podem emergir.

Acrescenta ainda Mouleart et al (2013) que, após a organização e legitimação do processo de IS, segue-se o processo de institucionalização e difusão, caracterizado pela produção e reprodução da inovação ao longo do tempo em outros contextos, com objetivo de manter as oportunidades para estratégias de desenvolvimento.

A fase de difusão a inovação é considerada sob um olhar diferente dos processos iniciais, em que os atores ainda estão buscando parcerias e reconhecimento. Nessa fase, existe uma troca socialmente reconhecida e valorizada, em que os atores difundem e transferem conhecimento das atividades chaves. Divulgar a inovação significa que é importante tê-la reconhecida, dar-lhe valor, o valor de mercado ou utilização. O objetivo dessas atividades é irradiar o conjunto de estratégia inovadora local. Assim, é mais provável que a inovação social se espalhe para outros cenários de prática de acordo com as necessidades contextuais (ROLLIN; VICENTE, 2007).

O processo de inovação social melhora a capacidade da sociedade para agir, criando novos papéis, relacionamentos, capacidades de desenvolvimento e/ou de melhor utilização de meios e recursos. Envolve relações sociais entre governança e grupos vulneráveis, marginalizados e sub-representados. Nesse sentido, a inovação social envolve troca nas relações de poder, sociais e político, aumentando as capacidades e acesso a recursos de beneficiários que tornam-se habilitados para melhor atender suas próprias necessidades (CAULIER-GRICE et al, 2012).

Em relação aos recursos e dinâmicas, ou seja, como se produz uma IS, cabe reconhecer a necessidade de recursos e incentivos materiais para sua efetivação. Apesar da fomentação de recursos no campo de negócios constituírem o alicerce para inovação, há uma

“combinação de diferentes recursos como o reconhecimento e apoio político” LIMA (2011, p.51).

Julien (2010) elenca outros recursos e fomentos presentes no meio empreendedor, que favorecem a inovações de uma forma geral, inclusive a IS: os recursos financeiros que são necessários em todo meio e podem ser providos por instituições financeiras, governo, financiamento de “anjos” que são fundos pessoais ou amigáveis; os recursos imateriais como formação e informação que facilitam a compreensão a mudança e a ultrapassagem de obstáculos; o espelho social que influencia os comportamentos das pessoas em relação à organização, considerando-a de modo global, assim tanto pode estimular ideias como acomodá-las; as proximidades: societal, cognitiva, organizacional, sociocultural, institucional e geográfica.

Por outra parte, no que concerne a importância dos recursos do setor público para fortalecer e acelerar as mudanças e inovações, tornando-as sistêmicas, é importante o “desenvolvimento de metodologias de pesquisa e desenvolvimento no âmbito do setor público dedicadas ao fomento de parcerias entre órgãos de governo local e nacional” (LIMA, 2011, p.50). Portanto, na busca por mudanças, sejam elas associadas ao setor público, ou qualquer setor da economia em particular, cada um tem tradições distintas e específicas e enfrenta problemas e desafios específicos (CAULIER- GRICE et al, 2012).

Apesar da estrutura do setor público não ser considerada adequada à inovação, visto que características estruturais do governo tendem a inibir a prática inovadora e de risco ao invés de promovê-la, muitas das inovações desenvolvidas pelo setor público, devido a sua enorme capacidade organizacional, de recursos, políticas e alavancas regulatórias para a mudança e redes para a implementação, têm as ferramentas para criar as mudanças mais sistêmicas (CAULIER- GRICE et al, 2012).

Assim, as mudanças são mais aceitas quando se utilizam meios e ferramentas para o empoderamento dos usuários para atuação na área de interesse. Esses usuários fazem parte dos atores que produzem IS e se relacionam em um meio inovador.

2.4. Meios inovadores: onde ocorre a Inovação Social

Os meios inovadores referem-se à territorialidade em toda sua abrangência que compreendem aspectos de espacialidade e dimensões subjetivas como mecanismos de informação, conhecimento e variedade de recursos. Na dinâmica das inovações, de acordo

com Santos (2012, p. 16), “é necessário compreender a realidade na qual se pretende trabalhar”. Assim, é importante na IS conhecer o local, para que se entenda a adaptação de atividade e que se reduza a resistência a mudanças.

Destarte, Albagli e Maciel (2004) comentam que as interações locais que ocorrem em dada territorialidade possuem múltiplas dimensões - cultural, política, econômica e social. Complementando, Certo e Peter (2010) registram que o ambiente é essencial para análise eficaz no processo de administração estratégica, é importante entendê-lo para que a análise seja eficiente.

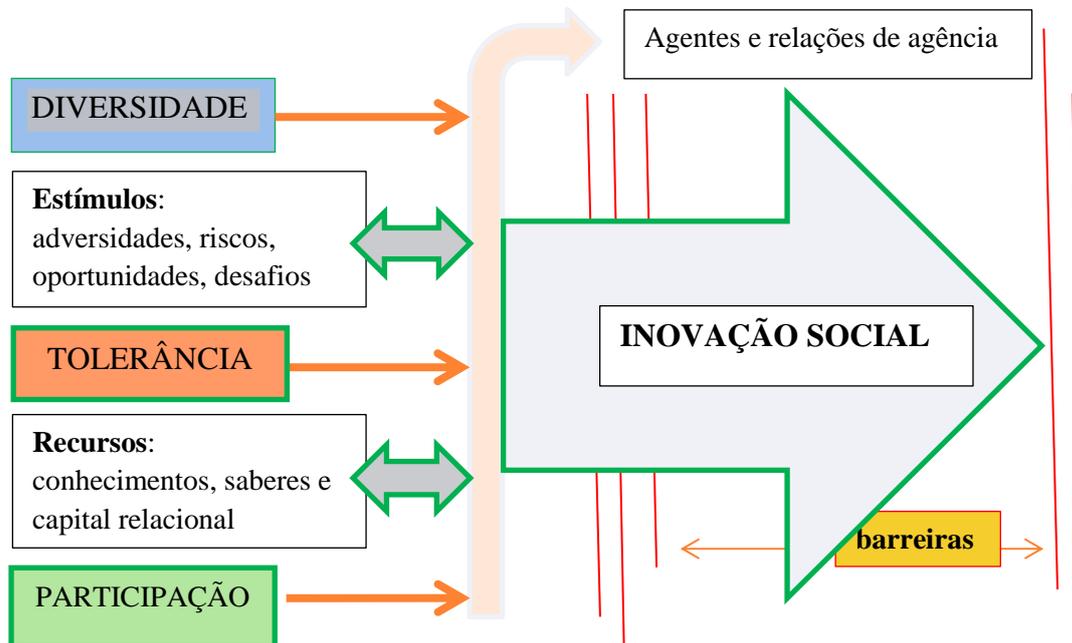
De acordo com Julien (2010) o meio tanto pode facilitar os laços de proximidade que estimulam a coletividade, otimizando o desenvolvimento das atividades, como pode ser inerte, dificultando este processo, dependendo de um recurso muito importante que é cultura empreendedora.

Acrescentando, André e Abreu (2006, p. 130) inferem que o meio “articula e confere sentido às várias dimensões da inovação”, podendo promovê-las ou dificultá-las. Do ponto de vista deles os meios inovadores possuem três características principais: diversidade sociocultural, tolerância e participação ativa dos cidadãos ou democraticidade.

A diversidade potencializa o contacto com o novo no sentido da alteridade.[
]; A tolerância é uma condição necessária ao risco inerente à criação-
inovação[]. A participação activa implica ter possibilidade e capacidade de
decisão, ou seja, ter acesso à informação e ao conhecimento necessário
(ANDRÉ; ABREU, 2006, p.133).

Nessa ótica, é importante refletir sobre o que faz variar a criatividade do meio, no sentido de torná-lo mais ou menos inovador. As características do Meio Inovador estão ilustradas na figura 2 (2).

Figura 2 (2): Meios inovadores

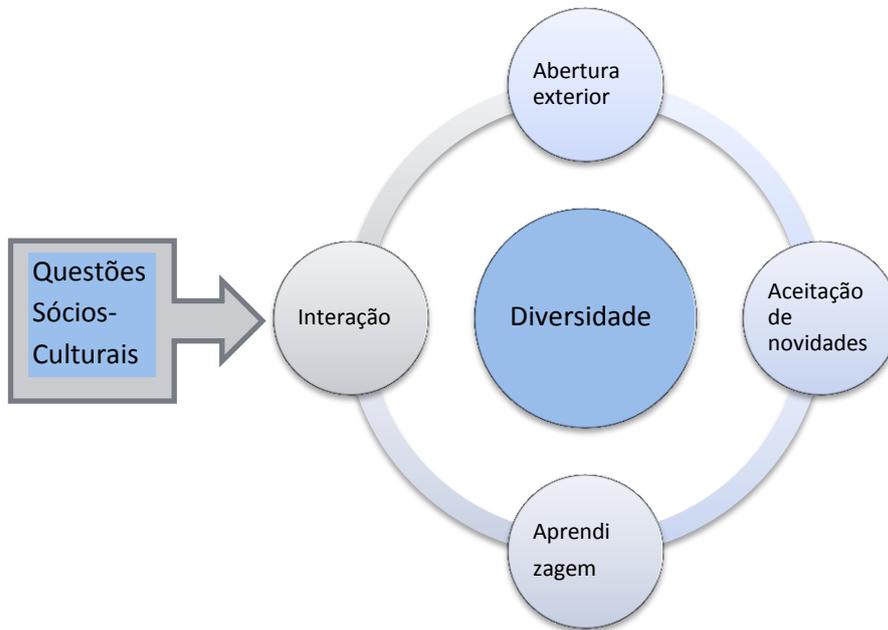


Fonte: Adaptado de André e Abreu (2006).

Na dinâmica do meio, considera-se pelos autores, a distinção entre criação e inovação. A criação é uma condição para inovação, no entanto, a criação não é suficiente para inovar. Assim a resposta nova só é considerada IS se for socialmente reconhecida.

2.4.1 Diversidade Sociocultural

A diversidade sociocultural está atrelada a abertura exterior, assim, potencia o contato com o novo no sentido da alteridade, a aceitação de novos produtos, saberes ou valores, mas pode também produzir fragmentação e isolamento, “promove a inovação na medida em que se estabelecem pontes de ‘tráfego’ entre aquilo que é diverso” (ANDRÉ; ABREU, 2006, p.133). A figura 3 (2) ilustra a diversidade e seus aspectos favoráveis:

Figura 3 (2): Diversidade

Fonte: Elaboração da autora (2016)

Neste sentido, para melhor compreensão da diversidade sociocultural e sua potencialização ou fragmentação nas inovações, faz-se necessário entender questões sócio-econômico-culturais.

Segundo Julien (2010) o meio é um contexto sócio econômico para empreendedores e organizações, uma vez que envolve o conhecimento técnico, a cultura técnica, o aprendizado e a proximidade dos atores, assim, o meio não tem fronteiras definidas. É um sistema que deve ser aberto e dinâmico ao mesmo tempo, pois, sendo aberto ele proporciona condições de interação a outros sistemas e sendo dinâmico, nas transformações, não perderá sua própria identidade.

Dessa forma, o meio é comparado a um sistema orgânico vivo que depende dos laços externos, da aprendizagem e da transformação de comportamento dos atores para enfrentar desafios referentes à economia do conhecimento e de laços internos que favorecem as interações e que influenciam o clima organizacional. Ambos os laços, são influenciados pela cultura que pode favorecer ou impedir o desenvolvimento local (JULIEN, 2010).

Balbi et al (2009, p.1) revelam a importância da cultura no meio inovador, em que as pessoas estão imersas, como influenciadores e incentivadores da ação empreendedora. Assim, é favorecido um ambiente para inovação, pelo qual as pessoas sentem-se motivadas para agir de forma inovadora.

As questões culturais são fundamentais para estimular ou inibir a IS, no entender de Schein (2009, p. 8) a cultura “nos aponta os fenômenos que estão abaixo da superfície, que são poderosos em seu impacto quase invisível e comportam um grau considerável de inconsciência”. São importantes na definição dos valores do grupo, bem como no seu comportamento, mediante compartilhamento de normas. Isso leva a crer que a cultura influencia desde o comportamento dos membros, até os dos próprios gestores. Esse autor compara a cultura em relação ao grupo com o caráter em relação ao indivíduo, além disso, infere que a cultura guia e restringe o comportamento dos membros de um grupo, mediante normas compartilhadas e assumidas nesse grupo.

No entender de Motta e Vasconcelos (2006) a cultura não é fácil de compreender, sendo um conceito complexo, com algumas facetas, assim os autores elencam que há subsistemas em uma organização que pode ter uma cultura oficial e uma cultura de subgrupos.

Nos subgrupos, devido a experiências de trabalhos similares, tendem a desenvolver comportamentos, valores e linguagem similares de sua prática profissional, é o que ocorre como a profissão médica e de enfermagem em hospitais, em que os trabalhadores costumam se comunicar utilizando uma linguagem técnica. Esse conceito refere-se à identidade social, assim, em uma mesma organização e até em seu interior há diferentes características dos subgrupos de indivíduos que se diferenciam com seus próprios padrões culturais. No entanto, cabe aos líderes integrá-los para que compartilhem valores e objetivos comuns. Assim o trabalho em comum e a comunicação podem colaborar para atingir as estratégias e objetivos propostos (MOTTA; VASCONCELOS, 2006).

No que concerne às proximidades do meio, Julien (2010) salienta que qualquer tipo de proximidade torna-se um obstáculo à mudança caso haja conformismo ou bloqueio institucional. Por sua vez, a proximidade cognitiva e a organizacional são favorecidas pela interação social que fornece o suporte moral, além de fornecer recursos materiais e imateriais.

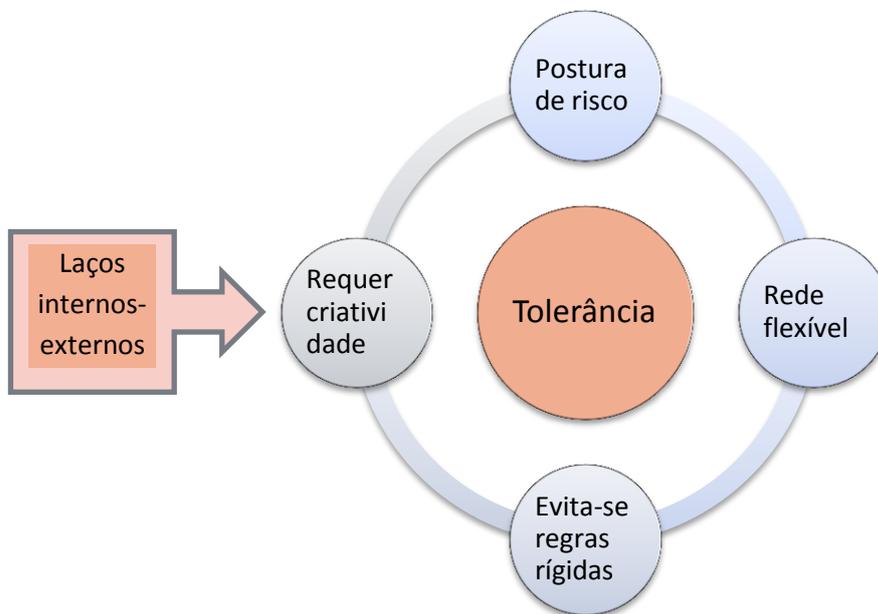
Evidencia-se assim, que as questões socioculturais influenciam a IS. A discussão de características sociais, também ocorre no empreendedorismo, assim como ocorre na IS. Paiva Júnior, Almeida e Guerra (2008), apontam para essas perspectivas sociais e humanizadas que vão além da dimensão econômica e da concepção puramente racional, individualista e utilitarista.

Em ambos os casos, deve-se compreender a importância das interações e articulações dos grupos, assim favorecendo maior abertura a inovações e conseqüentemente maior diversidade sociocultural.

2.4.2 Tolerância

No que se refere à segunda característica do meio inovador: a tolerância, considera-se que a inovação ocorre na medida em que permite risco, assim a tolerância “é uma condição necessária ao risco inerente à criação-inovação; como no trapézio, o risco implica uma rede; um meio não pode ser criativo-inovador se penalizar os eventuais insucessos de uma iniciativa arriscada” (ANDRÉ; ABREU, 2006, p.132). A seguir, pode-se perceber na figura 4 (2) algumas das principais questões que envolvem a tolerância:

Figura 4 (2): Tolerância



Fonte: Elaboração da autora (2016)

Nesse sentido, se o meio for demasiado rígido, hierárquico e normativo irá dificultar as criações e inovações. Partindo deste fato, e se tratando do setor público e das inovações nele inseridas, considera-se no entender de Sousa e Paiva Júnior (2011) que empreender no setor público é um assunto controverso. Por um lado, o âmbito do setor público é marcado por regras e controles burocráticos, por outro, há uma necessidade de mudanças - repensando os modelos gerenciais e burocráticos - para atender as novas demandas da sociedade.

O BEPA (2010) considera a IS uma operação de risco que requer imaginação, perseverança e confiança para desenvolver a ideia criativa, implementá-la e difundi-la, havendo confronto com obstáculos, que podem dificultar o desenvolvimento e integração da

IS. Esses obstáculos estão relacionados à cultura organizacional com aversão ao risco, sistemas fechados, falta de conhecimento mútuo, de comunicação, de trabalho em rede e de confiança, além de capacidades e competências fragmentadas.

Acrescentando, Julien (2010) refere que entre os elementos diferenciadores de regiões dinâmicas das atrasadas estão as qualidades dos recursos, que proporcionam trocas de informações através de laços internos e externos. Essas trocas favorecem competências e conhecimentos para inovações e envolvem os diferentes atores, proporcionando benefícios além dos materiais.

Ao gerar laços entre as regiões, estão gerando benefícios na busca pela inovação, mesmo assumindo risco e possibilidade de erro. Segundo Robbins (2009), é importante estimular a inovação em busca do desenvolvimento. Sendo assim, a organização pode tornar-se mais inovadora a depender de:

- variáveis estruturais, nas quais se consideram as estruturas orgânicas caracterizadas por menor diferenciação vertical, formalização e centralização; o tempo de experiência em funções gerenciais; a abundância de recursos e por último, os recursos de comunicação interna;

- variáveis culturais, por possuírem culturas semelhantes que estimulam a experimentação, recompensando tanto o sucesso como o fracasso, desta forma, a cultura que elimina o risco, também elimina a inovação, pois as pessoas tendem a não apresentar ideias novas caso haja penalidades para esse comportamento;

- variáveis de recursos humanos, que contemplam a promoção pela organização de treinamentos e desenvolvimento de seus membros para se manterem atualizados, além da garantia de empregabilidade, pois assim, não terão medo de cometer erros, estando mais propensos a vencer as resistências (ROBBINS, 2009).

Assim para vencer as resistências, complementa-se a terceira característica do Meio Inovador apontada por André e Abreu é a ‘participação ativa dos atores’. Essa valoriza a democraticidade, o diálogo e o acesso as informações, importantes para o sucesso da IS.

2.4.3 Participação

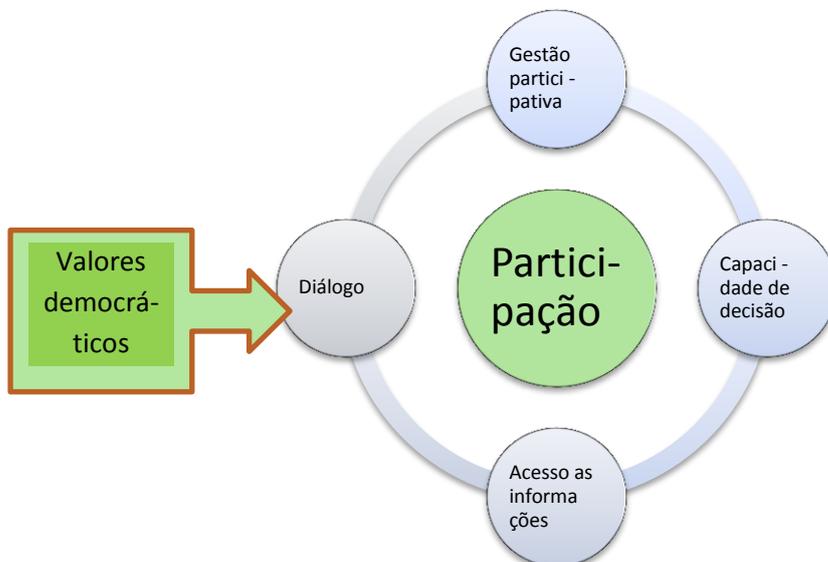
No contexto histórico, houve várias teorias defendidas em favor da participação dos trabalhadores nos processos decisórios, valorizando a questão humana e social no processo de trabalho. Assim, surgiram abordagens, que descreveram perspectivas como as relações

humanas com modelo na integração. O contexto evolutivo das questões administrativas do trabalho leva a visão mais atual, relacionada à necessidade de relações mais horizontais nas empresas. A participação das pessoas, dos funcionários nas decisões, é benéfica em vários sentidos, objetivando melhor integração e envolvimento nas atividades.

Acrescentando, as transformações ocorridas no mundo do trabalho afetam o setor de serviços, que vincula-se ao contexto da participação nas relações sociais. Contudo, esse setor, além das necessidades materiais com suporte físico, possui atividades imateriais que podem afetar a efetividade do trabalho (SOUZA; NOBREGA; 2007). Mudando a visão para participação dos trabalhadores dos serviços de saúde, os autores referem que há pouca mobilização dos trabalhadores em saúde para representação sindical e pouco enfrentamento para modificar as condições do trabalho no setor público de saúde. Esses autores evidenciam que inerente a insalubridade e periculosidade das atividades profissionais, a exposição do profissional é agudizada pelas insatisfatórias condições de trabalho. Assim, a forma como o trabalho está organizado não favorece inclusive a participação dos trabalhadores.

Não há como implementar novas atitudes e ações em um determinado contexto de inovação social sem a participação ativa dos atores. Ela “implica ter possibilidade e capacidade de decisão, ou seja, ter acesso à informação e ao conhecimento necessário à escolha e a identificação de soluções-respostas adequadas, ser socialmente reconhecida à decisão e ser exigida a responsabilização de quem decide” (ANDRÉ; ABREU, 2006, p.133). Na figura 5 (2) são ilustrados elementos relacionados da participação:

Figura 5 (2): Participação



Fonte: Elaboração da autora (2016)

Nesse sentido, como na IS, é referenciado por Robbins (2009) que o estímulo ou bloqueio de qualquer inovação, dentro de uma organização, pode ter influência dos funcionários. Assim, as intervenções de mudanças devem ser baseadas em valores humanísticos e democráticos, buscando-se que as pessoas tornem-se colaboradores e protagonistas das mudanças, evitando o poder e controle verticalizados e estimulando valores como o respeito, confiança, equalização do poder, confrontação dos problemas e participação. Logo, a participação envolve o diálogo nas interações sociais e este gera oportunidades de inovações

Acrescentando, a participação dos atores é valorizada para longevidade da IS, uma vez que proporciona acesso à informação e conhecimento, podendo estimular o alerta, o desafio a ser superado, assim como a melhora da capacidade de agir que, como já descrito, é um dos elementos da IS (LIMA, 2011).

Contudo, a participação remete a integração da sociedade, para fortalecer os processos de mudanças, que podem afetar e fortalecer a democracia de determinadas áreas, inclusive na atenção a saúde, que vem buscando modificar suas diretrizes para uma melhor qualidade de assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com essas diretrizes, surgem propostas de políticas públicas de saúde como o Método Canguru, específico para atender a população infantil, se aliando a outras propostas públicas de combate da mortalidade infantil e a formulação da Política Nacional de Humanização, a *HumanizaSUS*, que é indicada para todas as instituições de saúde pública. Em ambas há normatizações que incluem a participação e integração, tanto dos usuários do SUS, como da equipe de saúde e gestão hospitalar.

2.5 A atenção humanizada em saúde e o Método Canguru

Diante do aumento da população, as crises vivenciadas pelas instituições públicas para lidar com problemas globais e as demandas específicas no âmbito da saúde, a efetivação da qualidade em saúde torna-se um desafio para gestores e profissionais (SILVA; SILVEIRA, 2011).

Para se efetivar a normatização da qualidade dos serviços de saúde, que envolve boas práticas, o Ministério da Saúde lançou em 2004 a *HumanizaSUS* - Política Nacional de Humanização (PNH), que propõe a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Enquanto o foco dos programas de qualidade do setor

privado está na satisfação do cliente, no setor público, com a *HumanizaSUS* a proposta é uma gestão participativa, mostrando-se, desta forma, um caráter inovador (PEREIRA; FERREIRA NETO, 2013).

A atenção humanizada em saúde propõe contemplar no atendimento valores com dimensões subjetivas que envolvem ética, emoção e sensibilidade. Desta forma, deve-se considerar que a saúde responde a uma pluralidade de necessidades que vão além da intervenção, recuperação do corpo humano e eficiência técnico-científica, devendo envolver a integralidade do ser humano (BRASIL, 2004).

O Sistema Único de Saúde (SUS), além de contemplar o princípio de integralidade, que proclama o ser humano como um todo, atendendo as suas necessidades bio-psico-sociais e em todos os níveis hierárquicos, também contempla mais dois princípios doutrinários: a universalidade que determina o acesso à saúde, sem discriminação de cor, etnia, classe social ou outras características pessoais ou sociais e a equidade que objetiva diminuir desigualdades, tratando todos igualmente. Nesta construção, há um enfoque na qualificação dos trabalhadores no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe (BRASIL, 2004).

De acordo com os idealizadores da PNH, há necessidade de adotar uma política transversal, fruto de construção coletiva, no fortalecimento de uma rede social de atores que envolve ligações entre gestores, profissionais, usuários e todos os cidadãos. Assim, a proposta de humanização tem como objetivo: “aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho” (BRASIL, 2004, p.7).

A gestão participativa de acordo com a *HumanizaSUS*, caracteriza-se pela conectividade e construção coletiva, chamada Rede de Humanização em Saúde. Essa rede é construída com a promoção do intercâmbio e a articulação entre atores que buscam olhar o sujeito de uma forma coletiva, sujeito da história de muitas vidas. Esses atores são os gestores, trabalhadores de saúde, usuários e cidadãos. Infere-se por Hennigton (2007) que, para a construção desta rede humanitária e solidária, é necessário repensar a gestão e os processos de trabalho.

Apesar de Barbosa et al (2013, p. 123) afirmarem que “o processo de trabalho é marcado pela desvalorização dos trabalhadores e por usuários destituídos de seus direitos”, está entre as prioridades da PNH a garantia de acesso à informações, acompanhamento e direitos do código dos usuários do SUS, a gestão participativa de trabalhadores e usuários, além da educação permanente aos trabalhadores (BRASIL, 2004).

Todas as questões anteriormente descritas, que envolvem o processo de trabalho, se relacionam com a assistência a saúde nos diversos níveis, sejam na comunidade, ou a nível hospitalar. Portanto, há uma atuação em determinadas áreas críticas, como é o caso da mortalidade infantil, influenciada diretamente pelos nascimentos prematuros.

Assim, existe uma estimativa anual de que nasçam 15 milhões de crianças prematuras⁷ no mundo, estando o Brasil na décima posição entre os países onde mais nascem prematuros, a cada dez crianças nascidas vivas, pelo menos uma é prematura. A prematuridade é a principal causa de morte de crianças no primeiro mês de vida, assim, torna-se um problema de saúde pública (BRASIL, 2011).

Entre os riscos fisiológicos relacionados à prematuridade, acham-se envolvidas também dimensões sociais, políticas e institucionais, e a ideia de risco individual passa por uma nova compreensão: a de vulnerabilidade social (RAMOS; CUMAN, 2009). A nível global, prematuridade é a segunda principal causa da morte entre crianças com menos de cinco anos de idade (15%), sendo a primeira a pneumonia (18%). De todas as mortes de crianças abaixo de cinco anos, 40% ocorrem no período neonatal, e o baixo peso ao nascer (abaixo de 2500g), aumenta consideravelmente o risco de morrer destes recém-nascidos (UNIÃO AFRICANA, 2013).

Para enfrentar os desafios relativos assistência à prematuridade surgiu o Método Canguru (MC) que é definido como um modelo de assistência perinatal de humanização e foi ampliado e fortalecido no Brasil, uma vez que está incorporado as ações do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

O Método Canguru foi inicialmente idealizado na Colômbia no ano de 1979, no Instituto Materno Infantil de Bogotá, pelos Dr. Reys Sanabria e Dr. Hector Martinez, como proposta de melhorar os cuidados prestados ao recém-nascido prematuro naquele país, visando reduzir os custos da assistência perinatal e promover, através do contato pele a pele precoce entre a mãe e o seu bebê, maior vínculo afetivo, maior estabilidade térmica e melhor desenvolvimento do recém-nascido de baixo peso ao nascer. Além dos benefícios biológicos ao recém-nascido, há benefícios de segurança, praticidade e menor risco a infecção hospitalar. (BRASIL, 2011).

A assistência perinatal que envolve cuidados com as gestantes e recém-nascidos é uma prioridade para as autoridades públicas, uma vez que a deficiência dela pode repercutir

⁷ A OMS define como pré-termo ou prematuro toda criança nascida antes de 37 semanas de idade gestacional (BRASIL, 2011).

em aumento do índice da mortalidade infantil (BRASIL, 2011). Compara-se que as prioridades da PNH anteriormente descritas, como a informação e a gestão participativa, estão de acordo com as normas propostas pelo Método Canguru, que cita a participação dos trabalhadores como uma atribuição de suas funções e a garantia de informações aos usuários (pais dos recém-nascidos) como um dos cuidados especiais.

A figura 6 (2) ilustra o método canguru na UTINeo onde se observa o tratamento em hospital através do acesso venoso, porém a presença da mãe demonstra a importância do vínculo afetivo, que favorece o cuidado e a recuperação do recém-nascido.

Figura 6 (2): Método Canguru vínculo afetivo



Fonte: isaúde.net

Além do vínculo afetivo, diversos estudos confirmam benefícios fisiológicos relacionados ao Método Canguru: aumento da duração do aleitamento materno, crescimento adequado do recém-nascido, controle térmico efetivo, melhor oxigenação, melhor controle de glicemia, melhor padrão de sono, melhor desenvolvimento motor e cognitivo (CARDOSO et al, 2006).

A implantação do MC nos serviços das maternidades nem sempre foi efetivada, apesar da mobilização do Ministério da Saúde com cursos de capacitação e normatizações, pois, devido à rotina institucional e muitas vezes a falta de apoio dos gestores as mudanças necessárias para implantação por vezes são dificultadas (BRASIL, 2011).

Desde 08 de dezembro 1999 a *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso- Método Canguru* se configurou em Política governamental de saúde pública, sendo normatizado pela Portaria nº 693/GM Em 05 de Julho de 2000 e reformulada pela Portaria nº 1.683 de 12 de Julho de 2007, sendo a de 2000 revogada. A Portaria de 2007 contribui para a

mudança institucional, enfocando as atribuições da equipe da saúde, além dos cuidados especiais que devem ser seguidos em cada etapa do MC (BRASIL, 2004).

A 1ª etapa do MC é o período que se caracteriza pelo período de internação do RN na Unidade Neonatal. Nessa etapa, os procedimentos deverão seguir os seguintes cuidados especiais que envolvem ações direcionadas a instituição, como a estrutura e recursos locais, aos pais e familiares, a equipe de saúde que deve modificar suas atitudes e diretamente aos recém-nascidos.

Relacionadas à instituição e a equipe de saúde:

- Garantir à puérpera⁸ a permanência na unidade hospitalar pelo menos nos primeiros cinco dias, oferecendo o suporte assistencial necessário;
- Assegurar a permanência da puérpera no hospital, durante a permanência na UTIN;
- Assegurar o direito a refeições durante a permanência na unidade;
- Ofertar assento (Cadeira) adequado para a permanência ao lado de seu bebê e espaço que permita o seu descanso;
- Ofertar atividades complementares que contribuam para melhor ambientação, desenvolvidas pela equipe e voluntários.

Relacionadas à mudança de atitude da equipe aos pais e familiares:

- Acolher os pais e a família na Unidade Neonatal;
- Esclarecer sobre as condições de saúde do RN e os cuidados dispensados, sobre a equipe, as rotinas e o funcionamento da Unidade Neonatal;
- Estimular o livre e precoce acesso dos pais à UNN, sem restrições de horário;
- Propiciar sempre que possível o contato com o bebê de UTI;
- Garantir na primeira visita dos pais, o acompanhamento dos profissionais;
- Oferecer suporte para a amamentação;
- Estimular a participação do pai em todas as atividades desenvolvidas na Unidade;
- Assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores para o bem-estar do bebê;
- Comunicar aos pais as peculiaridades do seu bebê, demonstrado continuamente as suas competências.

Relacionadas à mudança de atitude da equipe aos recém-nascidos

⁸ Puerpério é a fase pós- parto que compreende até o quadragésimo quinto dia. Nesse período, a mulher passa por alterações físicas e psíquicas até o retorno as suas condições normais.

- Diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos;
- Cuidar de acordo com as necessidades individuais comunicadas pelo bebê;
- Garantir ao bebê medidas de proteção do estresse e da dor;
- Utilizar posicionamento adequado do bebê, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono, favorecendo assim o desenvolvimento (BRASIL, 2007).

Esta norma de orientação para a implantação do MC deve ocorrer nas Unidades Médico-Assistenciais integrantes do SUS, abordando questões técnicas e posturais, implicando mudanças ambientais e comportamentais com vistas à maior atenção humanizada (BRASIL, 2007).

O MC, de acordo com sua proposta de atuação, é previamente condizente com um caso de Inovação Social, uma vez que há determinadas características que apontam para tal. A exemplo, pode-se citar os ‘estímulos’, pois surgiu como um ‘desafio’ no atendimento aos RNs prematuros e como uma ‘oportunidade’ de obter cuidados de humanização. Outro ponto, é que o MC apresentou-se, pelo Ministério da Saúde, como uma melhor forma de atendimento a prematuridade, essa afirmativa se deu após o incentivo a pesquisas relacionadas ao Método, que comprovaram determinados benefícios já explicitados.

Ainda inclui-se, como uma das características do caso MC como uma IS, o fato que o MC aumenta a capacidade de ação das família, principalmente da mãe, que aprende a cuidar do seu filho, se emponderando do cuidado, incentivando o aleitamento materno importante para saúde do mesmo, assim como fortalecendo o seu conhecimento, além do vínculo afetivo.

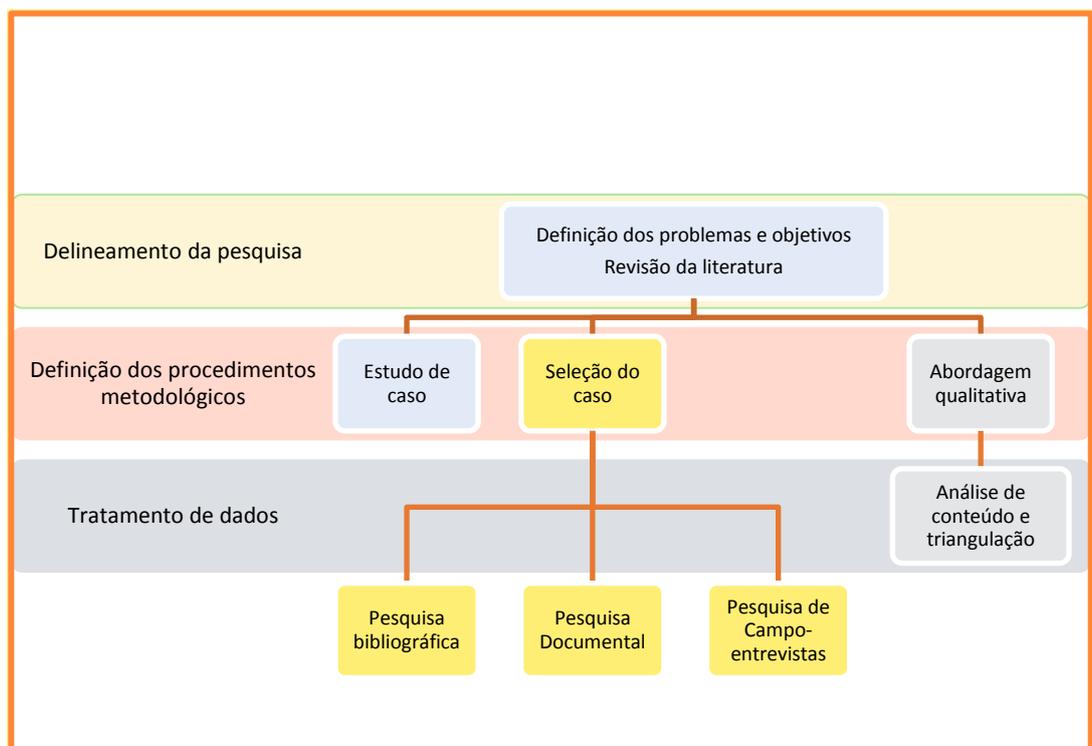
3 Procedimentos Metodológicos

O marco metodológico de uma pesquisa fundamenta o caminho a ser percorrido em busca do conhecimento acerca do seu objeto de pesquisa. De acordo com Minayo (2014), há uma ordem a ser percorrida definida a partir deste marco, no qual existem métodos, estratégias, técnicas e procedimentos detalhados de operacionalização.

3.1 Delineamento da Pesquisa

O delineamento da pesquisa enfatiza seu planejamento, podendo ser ilustrado através da diagramação da investigação, considerando onde os dados foram levantados, a análise e interpretação efetivada. A seguir, na figura 7 (3), ilustra-se o delineamento desta pesquisa.

Figura 7 (3): Delineamento da Pesquisa



Fonte: Elaboração própria

A abordagem do procedimento metodológico de investigação adotado para o estudo foi qualitativa, pragmática, seccional com perspectiva longitudinal. Os métodos qualitativos

são importantes na atenção à saúde, entretanto, são tradicionalmente empregados em ciências sociais. A pesquisa qualitativa relaciona-se a experiência e compreensão do mundo pelas pessoas, interpretando os fenômenos sociais (POPE, 2009). Para Minayo (2014, p.22), as metodologias de pesquisa qualitativa, são “capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e as estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

A perspectiva longitudinal dá-se por avaliar o processo de mudanças, procurando compreender singularidades relacionadas ao contexto local a partir dos relatos dos atores que atuam neste ambiente, considerando acontecimentos históricos, desde a implantação do MC como uma política de saúde. O caso escolhido é de atenção à saúde, porém a base empírica envolve as ciências sociais, mais especificamente a Administração.

Caracteriza-se por ser um estudo de natureza exploratória. A exploração é particularmente útil quando os pesquisadores não têm uma ideia clara dos problemas que encontrarão durante o estudo, podendo desenvolver definições operacionais e conceitos, assim como estabelecer propriedades (COOPER; SCHINDER, 2003). Essa pesquisa é exploratória, pois visa responder os objetivos da pesquisa, através da investigação de determinadas fontes de dados. Acrescentando, visa compreender a influência do contexto local, em relação à inovação social. Nesse tipo de pesquisa o objetivo é saber como uma variável produz mudança em outra. Enquadra-se também como um *Ex post facto*, pois o investigador não tem controle sobre as variáveis no sentido de poder manipulá-las, apenas relata o que aconteceu e o que está acontecendo (COOPER; SCHINDER, 2003).

Foi utilizada a metodologia de investigação Estudo de Caso. O estudo de caso, para Godoy (2012), é uma modalidade de pesquisa profunda, utilizada quando se pretende capturar e entender a dinâmica do contexto, a compreensão dos processos sociais e a relação entre variáveis. O estudo de caso, a partir do aprofundamento na unidade de análise, busca significados, tendo uma orientação interpretativa, em que a análise pode ser concomitante com a coleta de dados e que é importante para obter qualidade no entendimento denso, na fundamentação teórica e de questões relacionadas ao pesquisador e o objeto da pesquisa.

Quanto aos meios, a pesquisa foi definida como ambiente de campo, pois ocorreu em condições ambientais reais e não preparadas ou manipuladas. Onde aspectos observacionais foram relatados tentando-se não interferir na rotina diária dos sujeitos participantes.

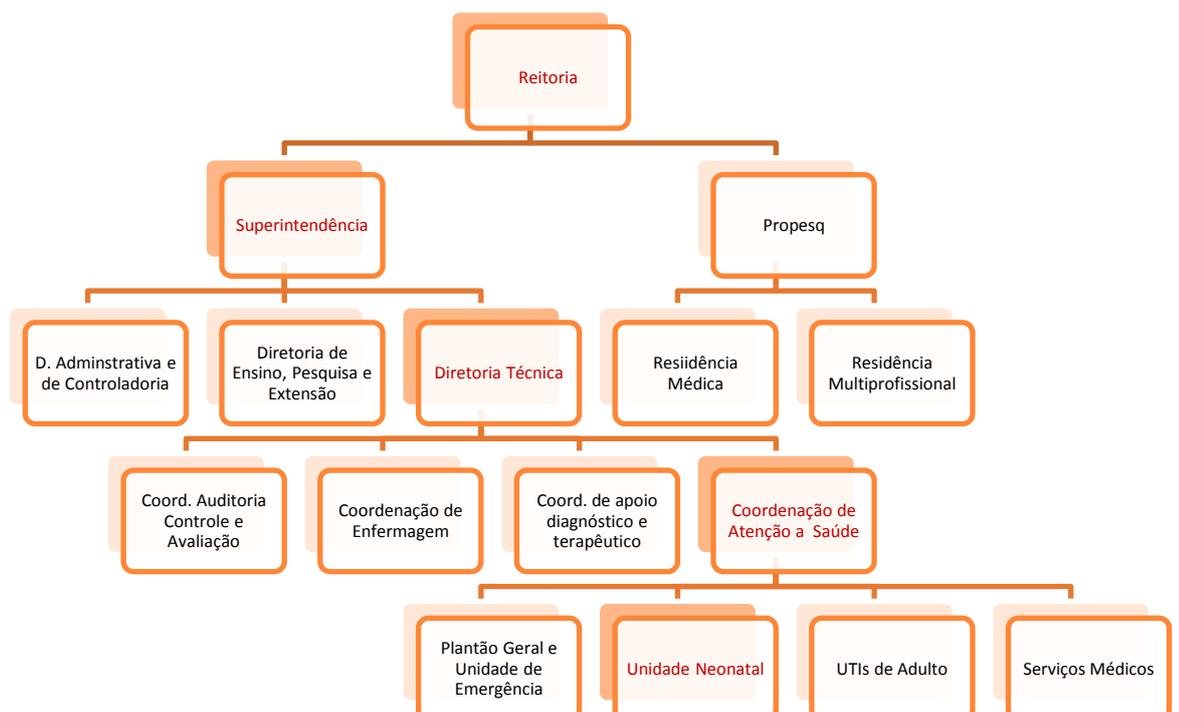
3.2 Lócus do estudo

A pesquisa foi realizada no Hospital das Clínicas (HC) como lócus do estudo, mais especificamente na Unidade Neonatal (UNN) como cenário principal. O HC é integrante da UFPE, considerado referência no Estado de Pernambuco em Assistência a Gestação de Alto Risco e faz parte de uma das cinco Unidades Hospitalares da Região Metropolitana do Recife que possui atendimento ao Recém-Nascido em UTI Neonatal.

Sobre o histórico geral do HC, foi inaugurado em 14 de setembro de 1979 e está localizado no Campus Joaquim Amazonas, Cidade Universitária – Recife. É uma unidade de Saúde vinculada a Universidade Federal de Pernambuco, considerado um hospital de grande porte e é modelo entre as unidades universitárias de saúde no Brasil (UFPE, 2015).

Como órgão suplementar da UFPE, o HC é ligado diretamente à Reitoria, para efeito de supervisão e controle administrativo e tem como função básica apoiar o ensino de graduação e pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde. O HC é utilizado como espaço para o desenvolvimento da prática profissional de centenas de estudantes de Medicina, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicologia, Odontologia, Serviço Social, entre outros. A figura 8 (3) ilustra o organograma relativo ao HC e sua estrutura de governança.

Figura 8 (3): Estrutura de governança vigente do HC



Fonte: Adaptação EBSEH, plano de reestruturação (2013)

Em sua estrutura de governança, de acordo com o organograma do HC (2013), a UNN está vinculada a Coordenação de Atenção a Saúde, seguido da Diretoria Técnica e da Superintendência, que está ligada à Reitoria. De acordo com o planejamento estratégico, o HC tem como missão prestar um serviço de excelência à sociedade nos âmbitos da assistência, do ensino, da pesquisa e da extensão, com o intuito de avançar nos conhecimentos científicos relacionados à saúde, promoção e preservação da vida; como visão: ser referência nacional e internacional como hospital público universitário fortalecendo o Sistema Único de Saúde e como valores: Legalidade; Transparência; Humanidade; Conhecimento; Entusiasmo; Comprometimento; Profissionalismo; Impessoalidade; Moralidade e Cortesia (UFPE, 2015).

O HC atende por ano cerca de 198480 consultas ambulatoriais, 10499 internações, são realizadas cerca de 6260 cirurgias e 1326 partos. Esses números estão sujeitos a modificações de acordo com a realidade atual, pois com a mudança de administração, está ocorrendo novas admissões de profissionais pela EBSEH (UFPE, 2015).

Estudos mostram que as modernas unidades de terapia intensiva neonatal (UTIsNeo), equipadas com tecnologia de ponta são um marco na assistência ao recém-nascido de risco, contribuindo para sua sobrevivência (CARDOSO et al, 2006). Ilustra-se nas figuras 9 (3) e 10 (3) e a imagem da UTINEo do HC, e a assistência específica ao RN em uma incubadora.

Figura 9 (3): UTI Neonatal da UFPE



Fonte: HC da U Federal de Pernambuco

Figura 10 (3): UTI Neonatal assistência



Fonte: Ascom/ HC da U Federal de Goiás

Como se observa, a UTINEo é um ambiente com foco na assistência, usando aspectos altamente específicos e técnicos, que visam primordialmente restituir a saúde biológica dos recém-nascidos com toda sua fragilidade, no entanto, com a humanização, aumenta-se a

chance do hospital devolver a criança à família e que ela tenha condições suficientes para manter os cuidados necessários.

3.3 Seleção dos sujeitos da pesquisa

Os sujeitos representam “atores chaves” os quais são os profissionais que vivenciaram as barreiras e potencialidades da humanização na UNN do HC, envolvidos diretamente na assistência aos recém-nascidos e suas famílias. Dentre eles, têm-se coordenação da Unidade Neonatal e gerência de enfermagem da UNN, profissionais da área assistencial, com nível de escolaridade superior e médio. Foi utilizada a técnica “bola de neve” ou “cadeia de informantes” para se obter uma lista dos sujeitos da pesquisa, onde a identificação dos participantes e seu recrutamento foram indicados pelos seus pares como reconhecimento de seu trabalho.

Como critério de inclusão, participaram da pesquisa os profissionais que desejaram colaborar e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Que atuem ou atuaram na Unidade Neonatal do Hospital das Clínicas, incluindo profissionais de nível superior, pós-graduados ou não, de nível médio como os técnicos de enfermagem, além de professores ligados à Unidade Neonatal. Podem estar ativos ou aposentados. Foram referenciados principalmente os profissionais admitidos na Unidade antes do ano 2000, visto que foi o período de adoção do Método Canguru como Política governamental de saúde pública, não excluindo os admitidos posteriormente.

Como critério de exclusão, não participaram da pesquisa os profissionais que não aceitaram participar, portanto não assinaram o TCLE. E foram excluídos os profissionais com menos de um (1) ano de atuação profissional na Unidade, tempo mínimo julgado necessário a compreender as adaptações locais do processo de humanização relacionado ao Método Canguru.

Segue adiante no quadro 02 (3), os sujeitos participantes das entrevistas, com seus respectivos cargos e atuação profissional, tempo de exercício na UFPE e tempo de Entrevista:

Quadro 02 (3): Seleção dos sujeitos da pesquisa

| | Cargo e atuação profissional na UFPE | Atuação em outros serviços | Tempo de UFPE | Tempo de entrevista e indicação |
|-----|---|---|----------------------|---|
| E01 | Coordenadora Geral da UNN- HC- UFPE; Médica assistencial do HC | Médica da Unidade Neonatal de Organização filantrópica no IMIP | 33 Anos | 00:37:39h Escolhida pela pesquisadora |
| E02 | Responsável Técnica de Enfermagem; Enfermeira assistencial | Enfermeira da UTI Pediátrica Estadual no Hospital da Restauração | 22 Anos | 00:28:54h Indicada por E08 |
| E03 | Auxiliar de Enfermagem; Assistencial Médio | Técnica de Enf. Emergência Infantil Estadual no Hospital da Restauração | 23 Anos | 00:45:16h Indicada por E02 |
| E04 | Auxiliar de Enfermagem; Assistencial Médio | Enfermeira (graduada) do Programa de Saúde da Família em Município do interior de Pernambuco | 28 Anos | 00:44:42h Indicada por E02 |
| E05 | Enfermeira; Assistencial Superior | Professora da Graduação da rede privada e chefia em Município da Região Metropolitana | 12 Anos | 00:33:58h Indicada por E02 |
| E06 | Médica da UNN - HC e Professora da UFPE do HC (Aposentada) | Coordenadora Estadual do Hospital Agamenon Magalhães (aposentada) | 39 Anos | 01:03:03h Indicada por E01 |
| E07 | Professora da Graduação e Pós-enfermagem (área da criança) da UFPE | Dedicação Exclusiva na UFPE | 26 Anos | 01:06:16h Indicada por E02 |
| E08 | Ex-Coordenador Geral da UNN- HC; Médico assistencial do HC; Professor UFPE em neonatologia (Aposentado) | Médico da Unidade Neonatal Estadual do H Barão de Lucena, vínculo remanejado para o HC (aposentado) | 39 Anos | 00:36:25h Escolhido pela pesquisadora Indicado por E01 |

Fonte: Elaboração da autora (2016)

A seguir ilustra-se o quadro 03 (3) com o perfil profissional dos entrevistados:

Quadro 03 (3): Perfil profissional dos Entrevistados (*em anos)

| | E01 | E02 | E03 | E04 | E05 | E06 | E07 | E08 |
|---------------------|------------|------------|---------------|---------------|------------|------------|------------|------------|
| Idade * | 59 | 53 | 50 | 55 | 42 | 67 | 62 | 70 |
| Sexo | F | F | F | F | F | F | F | M |
| Profissão | Médica | Enfermeira | Auxiliar Enf. | Auxiliar Enf. | Enfermeira | Médica | Enfermeira | Médico |
| Tempo de formação* | 34 | 32 | 15 | 30 | 18 | 43 | 27 | 45 |
| Nível escolaridade | Mestre | Mestre | Graduado | Graduado | Mestre | Doutor | Doutor | Mestre |
| Tempo de Docente* | 32 | 30 | - | 2 | 12 | 39 | 26 | 39 |
| Tempo de UNN * | 33 | 27 | 24 | 14 | 30 | 37 | 22 | 39 |
| Tempo de UNN no HC* | 33 | 22 | 23 | 12 | 28 | 37 | 22 | 39 |
| Jornada sem. (h) | 20 | 30 | 30 | 30 | 30 | 20 | 40 | 20 |
| Regime HC | Diária | Diária | Plantão | Plantão | Plantão | Diária | Diária | Diária |

Fonte: Elaboração da autora (2016)

3.4 Coleta de dados (etapas)

A coleta de dados para análise foi constituída em três etapas. A primeira, por revisão bibliográfica à luz de um referencial teórico, explorando publicações determinadas como livros, revistas técnicas, artigos, normas e resoluções, alguns capturados por endereços eletrônicos, constando dados empíricos relevantes para pesquisa.

A segunda, por pesquisa documental em que foram levantados dados de duas fontes principais: Livros de Ocorrência Médicas (LOM) e Pautas de Reuniões Administrativas de Enfermagem (PRAE). Essa escolha ocorreu intencionalmente, visto possuir dados escritos

importantes, legítimos, que evidenciam ao longo do período histórico, ampla fonte de informações de profissionais médicos e de enfermagem, os quais são os mais frequentes na assistência da UNN do HC. Assim, foram analisadas as ocorrências administrativas especiais dos LOM desde Outubro de 1999 a Dezembro de 2015 e das PRAE disponíveis desde julho de 1991. Além deles, utilizou-se diversos documentos em que a pesquisadora teve acesso como censos de ocupação, cartas e comunicações internas que evidenciaram o histórico da UNN do HC, seus desafios e potencialidades na humanização relacionada ao MC.

A terceira etapa foi efetivada por entrevistas individuais, semiestruturadas com os participantes da pesquisa e observação da pesquisadora como integrante da equipe local. Sobre os profissionais, também foram incluídos a percepção dos mesmos em relação às características do meio inovador, em relação a não implantação da segunda etapa do MC no HC e ainda sobre a qualidade da assistência da UNN do HC.

3.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi construída baseada nas informações das fontes, através da triangulação dos dados. Procurou-se analisar a UNN, onde ocorreu um processo de inovação social relacionada à humanização. Portanto, considera-se que as mudanças estão sujeitas a desafios e potencialidades de um contexto local, que envolve três dimensões instituição, profissionais e familiares dos recém-nascidos, especialmente os pais. Como tudo é em benefício dos cuidados ao RN em si, ele estará incluído em todas as outras dimensões de análise.

3.5.1 Pesquisa documental

Os Livros de Ocorrências Médicas (LOM) foram selecionados por datas de acordo com o interesse da pesquisa, a partir de 1999, assim utilizados principalmente para análise do Segundo e Terceiro Marco. Foram selecionados vinte e três (23) livros e analisados as ocorrências especiais diariamente de todos. O Livro de Ocorrência Médica 01 (LOM 01) foi aberto em 06 de Outubro de 1999, coincidindo com o período do segundo Marco, em que foi proposto o Método Canguru como Política Pública de Saúde. O último livro analisado (o LOM 23) contempla até 31 de Dezembro de 2015, que corresponde ao último ano concluído

antes da pesquisa. Segue no quadro 04 (3) abaixo a ordem deles, sua correspondente sigla nomeada na pesquisa- LOM e as datas contempladas correspondentes:

Quadro 04 (3): Nomeação e datas correspondentes dos LOM

| ORDEM DOS LIVROS | SIGLA | DATAS CORRESPONDENTES |
|-------------------------|--------------|------------------------------|
| 1º LIVRO | LOM 01 | 06-10-1999 à 29-05-2000 |
| 2º LIVRO | LOM 02 | 30-05-2000 à 25-01-2001 |
| 3º LIVRO | LOM 03 | 26-01-2001 à 25-09-2001 |
| 4º LIVRO | LOM 04 | 26-09-2001 à 16-07-2002 |
| 5º LIVRO | LOM 05 | 17-07-2002 à 21-04-2003 |
| 6º LIVRO | LOM 06 | 22-04-2003 à 21-12-3003 |
| 7º LIVRO | LOM 07 | 22-12-2003 à 27-09-2004 |
| 8º LIVRO | LOM 08 | 28-09-2004 à 04-07-2005 |
| 9º LIVRO | LOM 09 | 05-07-2005 à 27-03-2006 |
| 10º LIVRO | LOM 10 | 28-07-2006 à 23-07-2006 |
| 11º LIVRO | LOM 11 | 24-07-2006 à 13-05-2007 |
| 12º LIVRO | LOM 12 | 14-05-2007 à 22-02-2008 |
| 13º LIVRO | LOM 13 | 23-02-2008 à 29-12-2008 |
| 14º LIVRO | LOM 14 | 30-12-2008 à 12-11-2009 |
| 15º LIVRO | LOM 15 | 13-11-2009 à 16-09-2010 |
| 16º LIVRO | LOM 16 | 17-09-2010 à 03-08-2011 |
| 17º LIVRO | LOM 17 | 04-08-2011 à 10-07-2012 |
| 18º LIVRO | LOM 18 | 11-07-2012 à 30-06-2013 |
| 19º LIVRO | LOM 19 | 01-07-2013 à 29-12-2013 |
| 20º LIVRO | LOM 20 | 30-12-2013 à 13-06-2014 |
| 21º LIVRO | LOM 21 | 14-06-2014 à 04-12-2014 |
| 22º LIVRO | LOM 22 | 05-12-2014 à 14-06-2015 |
| 23º LIVRO | LOM 23 | 15-06-2015 à 31-12-2015 |

Fonte: Livros de ocorrências médicas da UNN do HC

Esses livros têm por objetivo a comunicação escrita entre os médicos de diferentes turnos de trabalho e chefia. Devendo constar:

- a) Registro diário da equipe, com carga horária trabalhada, no caso dos profissionais médicos e residentes de medicina presentes no turno de trabalho; assim como trocas pessoais, faltas e licenças médicas;
- b) Admissões e altas, com o nome dos pacientes, reconhecidos por RN de...(nome da mãe), admitidos naquele dia, com seus respectivos diagnósticos;

- c) Ocorrências administrativas especiais, que se refere a anotações de fatos que ocorreram no serviço que de certa forma chamou a atenção do plantonista para notificação;
- d) Censo hospitalar, com registro diário do número de pacientes existentes, admitidos, saídas por alta, transferência ou óbito e o quantitativo ao final do plantão.

As ocorrências administrativas especiais dos LOM foram primeiramente elencadas em uma linha de tempo, registradas dia a dia, mês a mês e ano a ano. Posteriormente, foram separadas por número de dias que houve ocorrências e o quantitativo das mesmas. Não foram consideradas as ocorrências relacionadas a óbitos e procedimentos médicos por não se tratar de interesse da pesquisa.

Em seguida, baseado nos dados, construiu-se um histórico sobre a UNN, dividindo a análise em três marcos históricos, o primeiro antes de 1999, o segundo do final de 1999 até 2007 e o terceiro de 2008 a 2015, conforme período das normas lançadas pelo governo, como já explicitado.

As ocorrências administrativas dos livros de ocorrência médica, registradas com ‘ocorrências especiais’, podem estar relacionadas às dificuldades encontradas no exercício das atividades profissionais, com relatos de alerta, reivindicações, conflitos e até desabafos do médico no seu turno de trabalho. Pode-se exemplificar como mais comuns: lotação e superlotação da UNN, solicitação de fechamento de internação, desentendimentos com a central de regulação de leitos, sobrecarga dos profissionais, falta de material ou equipamento, desafios relacionadas à equipe, estrutura física e ao paciente.

Foram vistoriadas as ocorrências especiais (OE) dos LOM de mais de 16 anos, correspondente a 5930 dias, encontradas ocorrências em 1741 dias. Porém, como havia dias com mais de uma ocorrência, ao todo se somaram 2885. Conforme tabela 01 (3) adiante:

A segunda principal fonte de dados documental constou de análise das Pautas de Reuniões Administrativas de Enfermagem (PRAE), com registro desde 1991 até 2015. De 1991 até 1999, foram registradas sessenta e oito (68) reuniões; de 2000 a 2007, foram setenta e quatro (74) e de 2008 a 2015, encontrou-se o registro de dezesseis (16) encontros. Com total de análise de 158 reuniões no período.

Tabela 01 (3): Ocorrências Administrativas Especiais

| ANO | DIAS DO ANO | DIAS OE | Nº DE OCORRÊNCIAS ESPECIAIS (OE) | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------|-------------|----------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-----------|
| | | | POR MESES DO ANO | | | | | | | | | | | | TOTAL DE OE | |
| | | | J | F | M | A | M | J | U | A | S | O | N | D | | |
| 1999 | 86 | 13 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 12 | 5 | 17 |
| 2000 | 366 | 90 | 11 | 20 | 09 | 09 | 18 | 7 | 15 | 8 | 8 | 10 | 10 | 7 | 132 | |
| 2001 | 365 | 65 | - | 11 | 10 | 24 | 11 | 9 | 5 | - | 5 | 8 | 5 | 8 | 96 | |
| 2002 | 365 | 85 | 29 | 4 | 4 | 9 | 15 | 5 | 27 | 6 | 12 | 4 | 9 | 14 | 138 | |
| 2003 | 365 | 99 | 22 | 13 | 25 | 18 | 9 | 15 | 11 | 8 | 4 | 4 | 13 | 9 | 151 | |
| 2004 | 366 | 86 | 3 | 18 | 8 | 10 | 22 | 11 | 2 | 6 | 16 | 18 | 7 | 22 | 143 | |
| 2005 | 365 | 81 | 11 | 9 | 16 | 9 | 25 | 12 | 5 | 9 | 7 | 4 | 4 | 15 | 126 | |
| 2006 | 365 | 86 | 6 | 11 | 15 | 20 | 9 | 24 | 3 | 14 | 18 | 12 | 9 | 8 | 149 | |
| 2007 | 365 | 75 | 19 | 31 | 41 | 18 | 11 | 3 | 15 | 9 | 8 | 1 | 2 | 2 | 160 | |
| De 1999 a 2007 | 3008 | 680 | | | | | | | | | | | | | 1112 | |
| 2008 | 366 | 147 | 1 | 5 | 14 | 28 | 23 | 32 | 34 | 10 | 8 | 7 | 3 | 19 | 184 | |
| 2009 | 365 | 116 | 66 | 35 | 25 | 12 | 13 | 11 | 7 | 7 | 22 | 10 | 8 | 7 | 223 | |
| 2010 | 365 | 88 | 12 | 20 | 26 | 9 | 10 | 15 | 7 | 7 | 7 | 31 | 25 | 26 | 205 | |
| 2011 | 365 | 63 | 6 | 26 | 12 | 4 | 11 | 8 | 11 | 8 | 4 | - | 5 | 12 | 107 | |
| 2012 | 366 | 170 | 10 | 12 | 7 | 27 | 29 | 24 | 23 | 17 | 28 | 31 | 24 | 27 | 259 | |
| 2013 | 365 | 134 | 22 | 38 | 24 | 9 | 12 | 28 | 19 | 17 | 5 | 20 | 5 | 13 | 212 | |
| 2014 | 365 | 180 | 24 | 18 | 17 | 48 | 7 | 10 | 10 | 43 | 28 | 39 | 26 | 29 | 299 | |
| 2015 | 365 | 163 | 32 | 24 | 27 | 14 | 17 | 11 | 34 | 20 | 16 | 23 | 25 | 41 | 284 | |
| De 2008 a 2015 | 2922 | 1061 | | | | | | | | | | | | | 1773 | |
| Total 1999 a 2015 | 5930 | 1741 | 274 | 285 | 280 | 268 | 242 | 225 | 228 | 189 | 196 | 222 | 192 | 264 | 2885 | |

Fonte: Livro de ocorrências médicas da UNN do HC

3.5.2 Entrevistas

A fase de entrevista foi realizada com os profissionais que vivenciaram o processo de adaptação às normas e condutas propostas pela humanização na UNN. Procurou-se respeitar a opinião dos entrevistados, sem interferência, apenas guiando as perguntas de acordo com o interesse da pesquisa.

O conteúdo das entrevistas foi gravado e transcrito, assim foi realizado a pré-análise, exploração e inferências por análise de conteúdo qualitativo baseado em categorizações temáticas (BARDIN, 1977).

As análises parciais foram interpretadas, com sínteses de pontos chaves, referenciadas a luz da teoria e aos objetivos da pesquisa, visando formar um todo coerente e detalhado sobre o fenômeno. Selecionaram-se, assim, ocorrências relacionadas à instituição, aos pais e familiares e a equipe de saúde incluindo suas atitudes frente aos desafios e suas potencialidades de melhorias físicas e assistenciais que ocorreram ao longo do tempo relativas à humanização do MC.

3.6 Aspectos éticos e legais

Conforme a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) segue relato dos riscos e benefícios da pesquisa. Os riscos do atual projeto são mínimos: vulnerabilidade (caso seja reduzida sua capacidade de autodeterminação); constrangimento (caso não ocorra sigilo e adequadas abordagens); desrespeito (caso não se respeite a autonomia do participante). No entanto, houve comprometimento e cuidados no cumprimento de todas as questões éticas e legais, minimizando riscos. Como benefícios, acredita-se que o estudo pode ofertar uma importante contribuição teórica sobre o processo da inovação social, além de poder identificar a natureza das relações locais, seus desafios e potencialidades.

Antes da pesquisa documental e de campo e após construção do projeto de pesquisa e submissão à qualificação, o projeto foi validado pelos processos legais, sendo submetido à Gestão de Ensino e Pesquisa do Hospital das Clínicas- EBSERH e Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE. Após esta etapa foi permitida a coleta de dados.

Para garantir o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa, a confidencialidade e o consentimento informado, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em que os participantes assinam após compreensão dos objetivos da pesquisa.

Acrescentando, foi elaborado o Termo de Confidencialidade de Uso de Dados pela pesquisadora, que foi apresentado ao Comitê de Ética. Esse relaciona o uso de dados secundários, em que ela se compromete em preservar o sigilo e privacidade dos voluntários, assegura que as informações sejam utilizadas, única e exclusivamente, para execução do projeto em questão, assegura que os resultados da pesquisa somente sejam divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o voluntário da pesquisa. O pesquisador declara o armazenamento de dados pela responsabilidade do mesmo e por período de cinco anos, dando início a coleta após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Centro de Ciências da Saúde, da UFPE.

De acordo com os objetivos específicos propostos, e seus respectivos métodos, segue adiante no quadro 05 (3):

Quadro 05 (3): Objetivos e métodos de coleta e análise

| Objetivos específicos | Método de coleta | Fonte | Método de análise |
|--|-----------------------------------|---|-----------------------------|
| Caracterizar o Método Canguru como uma inovação social; | Pesquisa Bibliográfica | Referencial teórico sobre o MC e IS | Análise teórica comparativa |
| Compreender a natureza das relações locais da UNN, relacionadas à instituição, pais, familiares e equipe de saúde e um contexto histórico no qual foi aplicada a intervenção do governo; | Pesquisa Documental e Entrevistas | Documentos; Ocorrências dos LOM e PRAE; Entrevistas | Análise de Conteúdo |
| Avaliar as percepções dos atores sobre as características do Meio Inovador e a qualidade dos serviços prestados; | Pesquisa de campo Entrevistas | Entrevistas com atores chaves “bola de neve” | Análise de Conteúdo |
| Mapear as principais adaptações locais e realizadas ao Método Canguru | Pesquisa de campo Entrevistas | Documentos; Ocorrências dos LOM e PRAE; Entrevistas | Análise de Conteúdo |

Fonte: Elaboração da autora (2016)

Esse quadro visa ilustrar o entendimento para alcance dos objetivos específicos, com seus métodos de coleta de dados, determinadas fontes de coleta e métodos de análises.

4 Apresentação dos dados históricos

Para efetivação da presente investigação foi realizado um histórico da Unidade Neonatal (UNN) no Hospital das Clínicas (HC), em uma linha de tempo destacada em três marcos históricos.

Cada marco foi analisado em três aspectos, os quais se referem à instituição, aos pais e familiares e à equipe de saúde. Os aspectos foram selecionados visto que o MC propõe atuações e adequações nessas três dimensões. Outra dimensão seria o cuidado direto ao recém-nascido (RN), porém não pôde ser analisado separadamente, estando submerso nos outros aspectos, devido a centralidade do RN como principal beneficiado de todo o MC.

4.1 Primeiro marco histórico da UNN do HC - antes de 1999

Foi construído principalmente através da análise de conteúdo das entrevistas, cujos respondentes foram alguns atores locais que vivenciaram a época, participando do processo de implantação de ações humanísticas. A segunda fonte de dados consta de relatos escritos nas Pautas de Reuniões Administrativas de Enfermagem (PRAE), com registros acessados a partir de 1991.

4.1.1 Dimensão Instituição

Está relacionada às questões locais da Unidade Neonatal do Hospital das Clínicas. De acordo os livros pertencentes ao arquivo local da UNN, foram possíveis encontrar registros de nascimento a partir de 1964, sugerindo o início das atividades.

4.1.1.1 Questões físicas e estruturais da UNN em um contexto regional no combate a mortalidade infantil

A princípio, a assistência infantil da Universidade era no prédio aliado ao IMIP (Hospital Oscar Coutinho). Vale salientar que a UNN nesta época era reconhecida apenas

como “Berçário” que servia ao de campo para aprendizagem da disciplina de neonatologia dos alunos da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). O E08 como um dos atores principais no desenvolvimento da qualidade da assistência do berçário no Hospital das Clínicas, relata que:

Quando entrei no hospital Pedro Segundo em 1975 que é considerado o Oscar Coutinho. Lá já era da Universidade, porque a pediatria geral da Universidade funcionava no IMIP antigamente, aí depois com tempo, quando o Hospital das Clínicas ficou em melhores condições foi que a pediatria geral foi para o HC... era um convênio que tinha da Universidade com a área do IMIP. O Oscar Coutinho era como se fosse parte do Hospital Pedro Segundo e do IMIP (E08).

Conforme E01 e E08, o berçário do Hospital das Clínicas foi transferido para o prédio atual em 1985, no quinto andar, seis anos após a inauguração do HC (1979). No início das atividades no prédio atual, a estrutura física era improvisada, porém a equipe se empenhou em organizar a estrutura no quarto andar, local que funciona até hoje:

O berçário (em 1985) era muito pequeno, precário! É até engraçado lembrar, porque até lavar fraldas de pano, colocar lá em cima da incubadora para enxugar para agente utilizar... e a própria aparelhagem, a fototerapia, era uma cama, que dava quatro meninos (recém-nascidos) e colocava umas luzes fluorescentes. O menino fazia suas necessidades e melava um o outro. Ficavam juntos (E04).

Improvisaram a princípio no quinto andar, era uma área pequena, muito pequena e eram salinhas. Nessas salinhas ficavam bebês normais, bebês infectados, bebês em cuidados intermediários e bebês prematuros em cuidados intensivos. Aproximadamente cinco anos após (Em 1990), fomos transferidos para o quarto andar. Foi feito primeiramente um planejamento, a montagem do berçário porque não tinha berçário ali. Primeiro passamos por uma etapa de construção para poder descer (E08).

Mesmo depois que agente veio para aqui, até hoje a UTI e a UCI é chamada de berçário. Porque existia ‘o berçário’, onde todos os bebês passavam por este berçário antes de serem liberados, e ficavam em observação (E01).

No contexto de precariedade física evidenciado na época, é necessário compreender um pouco sobre a situação da saúde neonatal, portanto, será comentando sobre a questão crítica da mortalidade infantil das últimas décadas e algumas ações regionais que viabilizaram o seu combate. Essa compreensão é cabível, pois o MC vem como uma proposta de humanização que envolve um processo de luta e conquistas a fim de promover uma saúde

infantil mais holística, com medidas que vão além da saúde física, envolvendo um processo de vínculo afetivo e de cuidados para o bem estar do recém-nascido e sua família.

Nas últimas décadas, houve um aumento da preocupação com a situação da saúde infantil principalmente no que se refere ao combate à mortalidade. Nesse contexto, ocorreram mobilizações de Incentivo ao Aleitamento Materno e implantação de novas UTIs Neonatais, acrescentados de outras ações como o incentivo ao Alojamento Conjunto, a implantação de Bancos de Leite Humano (BLH), a Iniciativa dos Hospitais Amigos da Criança (IHAC) e posteriormente do Método Canguru. Todas visaram fortalecer o referido combate, com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e do Ministério da Saúde (MS).

O conhecimento acerca da mortalidade de recém-nascidos instrumentaliza a situação dos programas de saúde, em especial os maternos-infantis que são fundamentais na redução das taxas de mortalidade infantil, bem como na redução de complicações para mãe e para o recém-nascido. Contudo, é imprescindível a atuação de ações voltadas para este público.

Algumas medidas que intencionava reduzir essa problemática local foram abordadas desde a década de 70. Nesse período, surgiu em Pernambuco pesquisas relacionadas ao aleitamento materno e seus benefícios como a pesquisa de E06 que em 1976 iniciou, no doutorado, um trabalho pioneiro dedicado ao aleitamento materno e suas vantagens para saúde das crianças (fig.13.4). Acrescentando, informou que só a partir de 1982 a UNICEF publicou uma cartilha sobre ‘Como amamentar’, demonstrando uma ação aliada ao combate da mortalidade infantil.

Outras iniciativas também alicerçavam os cuidados neonatais na época, e um dos primeiros investimentos foi à implantação do Alojamento Conjunto, ver ilustração na figura 13 (4) do AC do HC:

Não tinha alojamento conjunto, os bebês não ficavam com a mãe. Depois de algum tempo, o Alojamento Conjunto foi implantado, mas era um “semi alojamento”. Assim que o bebê tinha condições de ficar com a mãe, a enfermeira, a própria enfermeira, que era uma pessoa que fazia um trabalho muito sério, então agente conseguiu com ela, que os bebês descessem para junto da mãe, ela fez uma “pré etapa” do alojamento. Os bebês iam para mãe em um horário, em um expediente e depois voltavam para o berçário de novo...Mas isso aí foi melhorando, Foi feito, por uma professora da disciplina de neonatologia, um projeto de Alojamento e a partir desse projeto, foi que começou o pessoal a se movimentar para o AC (E08).

Figura 11 (4): Alojamento conjunto



Fonte: Arquivos locais do HC

Além da mudança de paradigma em relação ao alojamento conjunto, houve a necessidade de melhorar o atendimento aos RNs enfermos, com abertura de novas UTIs neonatais. Assim, foi criada uma UTI no Hospital Agamenon Magalhães (HAM).

Pois na época se perdia muitas crianças, muitos prematuros iam a óbito e não existia UTI Neonatal (E06).

Nessa época, E06 informou que a situação neonatal era precária, não havia nenhuma maternidade em Recife com UTI Neonatal, só existia um único local que recebia crianças graves, mas era difícil conseguir a vaga. Além disso, devido à falta de condições por poucos recursos como incubadoras e respiradores para transporte, essas crianças dificilmente suportavam a transferência para outro hospital. A UTI Neonatal do HAM foi inaugurada por volta de 1990, após parceria com outro profissional da área médica, que havia chegado de uma experiência na França e com o treinamento do pessoal de enfermagem e médico. No princípio, a UTIN do HAM só possuía dois respiradores, depois aumentou para seis e na última visita de E06 havia dezesseis máquinas de suporte respiratório.

Em concomitância, outras UTIs Neonatais, para crianças nascidas no próprio serviço, foram sendo implantadas em Recife, nas Maternidades de referência chamadas hoje de Maternidades Alto Risco. Atualmente, reconhecem-se cinco delas na Região Metropolitana

que são no IMIP, HAM, Hospital Barão de Lucena (HBL), Centro Integrado Amauri de Medeiros (CISAM) e Hospital das Clínicas.

Associados ao Alojamento Conjunto, UTI Neonatais e as descobertas sobre o aleitamento materno, foram se intensificando iniciativas como cursos ofertados pelo Ministério da Saúde. Assim, E01 teve oportunidade de participar, por volta do início da década de 90, de um curso na Bolívia, pelo Ministério da Saúde, para onde foram três pessoas vinculadas do Brasil. Nesse curso, participaram representantes de 22 países da América Latina com intenção de divulgar os conhecimentos na área da saúde. Neste, E01 teve o primeiro contato com o Método Canguru:

Pela primeira vez eu assisti a um vídeo lindo do Método Canguru, em que o pessoal da Colômbia apresentou o projeto deles para os 22 países, pois foi quem começou o MC. Então, eu voltei impressionada com isso daí, com o vídeo e escrevi para eles para me mandarem o vídeo para eu apresentar nos locais de trabalho, que era o HC e o IMIP. Achei que não iam mandar, mas me enviaram o vídeo. E aí eu apresentei lá no IMIP e aqui, só que o interesse foi lá no IMIP e aí resolveram implantar um projeto piloto do Método Canguru, então foram 3 leitos numa salinha anexa a UTI Pediátrica... Eu participei deste projeto, eu fiz o curso do canguru e fazia o treinamento com outras pessoas e com o pessoal do IMIP, até sair do IMIP (E01).

Então, no IMIP, ocorreu a primeira implantação do MC em Pernambuco, em 1993, e segunda do Brasil, pois a primeira foi em 1991 no Hospital Guilherme Álvaro em Santos/SP.

Retomando a compreensão das questões locais físicas da UNN do HC, em 1993, o berçário era dividido em quatro (4) pequenas salas de cuidados, chamadas de Cuidados Intermediários, Intermediário 1, Intermediário 2, e Infectados.

Eram quatro salas: Cuidados Intermediários onde ficavam bebês só para o banho e aguardando a vaga para o Alojamento; tinha os Cuidados Intermediários 1 com bebês só para engorda na sondinha; Intermediários 2 com os meninos que precisavam de oxigênio; ainda tinha os Cuidados Infectados que era uma salinha dos meninos com antibiótico. Nessas salas, ficavam poucas crianças (E03).

A UTI Neo veio depois, onde a gente dividia os cuidados especiais. Era como se fosse uma mini UTI, mas não tinha respirador, não tinha CPAP (equipamento de suporte ventilatório), não tinha nada disso na época, ainda não tinha isso. Algum serviço ainda tinha respirador mas era mais nas clínicas privadas (E08).

Em 1998, foi registrada em Pautas de Reuniões Administrativas de Enfermagem, uma reforma no berçário, porém as dificuldades estruturais a exemplo de calor excessivo, falta

de materiais e equipamentos na unidade continuaram sendo motivos para queixas em diversos momentos.

A UTI Neonatal do HC só foi implantada por volta de 2000, porém até hoje, culturalmente ainda é chamada de berçário. Só ficou estabelecido de fato que não existiria berçário “normal” em 2000, ficando habilitado para UTI e UCI Neonatais ou simplesmente UNN, essa mudança impactou principalmente na conduta em que os RNs, a partir daquele momento, só iriam para UNN, se apresentassem alguma necessidade de saúde, caso estivesse bem, iriam direto para o alojamento conjunto com sua mãe. Outra ação importante para apoio à saúde dos recém-nascidos foi à implantação do Banco de Leite Humano, que para ocorrer no HC necessitou de muita dedicação da equipe local:

Até para implantação do banco de leite, inicialmente, foi com ajuda de recursos (financeiros) da equipe do berçário. A gente reunia os mais envolvidos, a gente via os que podiam, então a gente sempre contou com a equipe (E08)!

Foi uma demora para abrir o banco de leite tão grande! Apesar de ser barato, só precisar de uma geladeira, um pasteurizador, uma enfermeira e duas ou três auxiliares para fazer a coleta e orientar a mãe e pronto. Mais demorou (E06)!

A partir dos esforços da equipe, houve êxito na implantação do Banco de Leite. Segue ilustração na figura 12 (4) do Banco de Leite do HC.

Figura 12 (4): Banco de Leite do HC



Fonte: Arquivos locais do HC

Além disso, também era necessário conquistar o título da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC). Na IHAC há orientações de condutas para serem seguidas pelo hospital, chamadas “Os 10 passos”, que são: Ter uma política de aleitamento materno escrita, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de saúde; Capacitar toda a equipe de cuidados nas práticas necessárias para implementar esta política; Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento; Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora de vida; Mostrar as mães como amamentar e manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas do filho; Não oferecer outro alimento ao RN a menos que seja indicado pelo médico; Praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e bebês fiquem juntos 24h; Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda; Não oferecer bicos artificiais e chupetas a crianças amamentadas ao seio; Promover a formação de grupos de apoio a amamentação e encaminhar a mãe a esse grupo após a alta hospitalar (BRASIL, 2011)

Dentre esses, destaca-se o quarto passo, que ajuda a estabelecer benefícios como o vínculo mãe-filho, esse passo orienta encorajar as mães a reconhecerem quando seus bebês estão prontos para serem amamentados. Então, E06 tentou iniciar o quarto passo do aleitamento materno como aliado da IHAC no HC. Ao passo que E01 confirma que no HC tentou-se implantar os 10 Passos da IHAC, mas não houve efetivação no seu princípio:

Que consta (o quarto passo) em colocar o bebê para mamar ainda na sala de parto. Então, mesmo com muita dificuldade, muita resistência da Obstetrícia, mas eu enfatizava que a responsabilidade era minha (E06).

Em 1995, aqui ainda, (nome da E06) tentou isso. Daí, começou a treinar e capacitar o pessoal para os 10 passos, e nos 10 passos tinha a questão do bebê ir para o Alojamento Conjunto direto da sala de parto, mas ela não conseguiu ir à frente, pelos empecilhos mesmo do serviço (E01).

Ao passo que ainda em 1995, E06 confirma que o Hospital Agamenon Magalhães conseguiu efetivar seu treinamento e se tornar o segundo hospital em Pernambuco que tinha o Título de Amigo da Criança e concomitantemente implantou a segunda etapa do Método Canguru com apenas dois leitos.

A IHAC retardou a ser implantada no HC, mesmo com toda preocupação da equipe local, esse título só foi alcançado em 04 de Agosto de 2000, conforme a figura 13 (4) que explicita a notícia em jornal do HC sobre essa conquista:

Figura 13 (4): Conquista da IHAC no HC



Fonte: Arquivo local

Essa conquista ocorreu com o apoio da direção do hospital da época, em que a assessora era ligada a área infantil, conforme relato de E01:

Eu muito angustiada, pois eu trabalhava em um Hospital Amigo da Criança que foi o primeiro do Brasil (no IMIP) e aqui eu não via as coisas andarem. Ela perguntou se eu topava tomar a frente disso, e eu disse que topava, se ela me desse o apoio como gestora, eu topava. Foi quando gente tomou a frente e eu tive que treinar todos, inclusive os professores, imagine colocar professores em sala de aula, e agente foi avaliado em 2000 e passou de primeira. Eu ainda tenho o primeiro jornalzinho do hospital, que diz que o HC recebe em 4-agosto-2000, a placa do Hospital Amigo da Criança. Como esses 10 passos tem haver com a humanização (eu chego me arrepio) porque você fazer com que a mãe tenha esse bebê em contato após o nascimento, fique com ele o tempo inteiro é você mudar muito os paradigmas, a cultura que era vigente e muito forte aqui no HC (E01).

O IMIP foi o pioneiro tanto a receber o Título Hospital Amigo da Criança, como a Implantar o MC. O interessante é que a Universidade Federal de Pernambuco tem seu início de atividades relacionadas à saúde infantil em parceria com IMIP, conforme relatou E08. No entanto, após a separação e mudança para o prédio atual, a UNN do HC apesar de contar com uma equipe de excelência, não conseguiu acompanhar os avanços na mesma velocidade, sendo justificado pela falta de interesse da gestão, demonstrando o envolvimento da dimensão política na implantação:

A dificuldade do HC é falta de interesse, não é outra coisa não. É falta de interesse da gestão. Interesse para melhorar, mais do que (nomes dos E01, E08 e E02), pelo amor de Deus! Aquelas meninas auxiliares da minha época eram extraordinárias! Só queria um bem do berçário, ver a coisa melhorar, sempre foi assim. Mas quando chega no setor que funciona (a gestão)... você vê que tem muito a ver com o interesse de quem está lá de cima (E06).

Tudo que se vai implantar é muita dificuldade! A burocracia trava muito, entendeu? As pessoas vão para os cursos de Promoção ao Aleitamento Materno e tudo que a gente implantou, pois nós somos um Hospital Amigo da Criança e de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno, Mas a implantação foi as “duras penas”, mas implantamos (E02)!

O relato acima revela o comprometimento existente nos atores que participam do processo de Inovação Social. Para os entrevistados, houve barreiras relacionadas à gestão que não considerou prioridade da questão neonatal. Mesmo assim, aos poucos foi se efetivando as conquistas em busca de uma mudança de realidade e bem estar para os usuários.

4.1.2 Dimensão Pais e Familiares

Essa dimensão refere-se a atitudes e realidades presentes no período, assim como as conquistas alcançadas, como a inclusão dos pais como atores participantes do processo.

4.1.2.1 Obstáculos para acesso e participação dos pais antes de 1999

Os bebês prematuros que nasciam antes das normas de humanização ficavam no berçário sobre os cuidados da equipe. Até por volta da década de 80 a 90, não recebiam visitas dos pais a depender da rotina do serviço. Após meses, ao final do tratamento, os que

sobreviviam, eram entregues as suas famílias, muitas vezes com sequelas da prematuridade e sem vínculo afetivo fortalecido.

No período vigente as mães deixavam seus filhos na UTI e iam embora, abandonavam, desapareciam (E06).

Para essa família cuidar desse bebê era um processo difícil e com muitos retornos de insucesso, evidenciados por adoecimento e até óbitos frequentes. Até porque havia muitos casos de abandono, e para mudar essa atitude precisou-se de ações mais radicais, conforme relatos a seguir:

O que se considerava correto na época era que a mãe não podia entrar no berçário. Ela tinha que ficar do lado de fora e só podia olhar pelo vidro. Só podia ficar chorando do lado de fora! Mas era um absurdo a mãe não poder entrar. Aí eu era plantonista no Agamenon e eu disse: - A mãe vai entrar! A enfermeira (que cumpria ordens rígidas) disse: - Não pode! Eu disse: - Vamos fazer o seguinte, eu vou assinar no prontuário dizendo que eu fiz isso, que eu liberei a mãe para entrar. Ela vai lavar as mãos, vai pegar no filho dela, eu sou responsável! Tá aqui meu carimbo e eu estou me responsabilizando! Porque era tudo assim, ninguém entrava! Então ninguém vai me dizer o contrário, porque eu vou em frente até alguém me provar o contrário (E06)!

A ocorrência acima foi na década de 80 e em outro hospital. No entanto, no HC por volta de 1985, quando houve a mudança para o prédio atual, já havia horários predeterminados para os pais verem seus filhos no berçário. Conforme entrevista de E04, admitida em 1985:

A mãe ficava, mas ela não tinha esse livre acesso, os pais não tinham esse livre acesso, a família não tinha! Então realmente isso mudou muito! A mãe ficava, mas, ela tinha hora para vir. Eu não me lembro se tinha essa conscientização de orientar para que ela ficasse, pela necessidade de acompanhamento (E04).

Durante esse marco histórico, no contexto nacional e de acordo com E07, não havia Políticas nem estudos voltados à questão da família, o paciente era visto sozinho, sem uma família ao seu redor. Mesmo assim, a assistência, agora se referindo ao HC, era considerada calorosa e voltada para o paciente:

Em relação aos cuidados diretos ao bebê, naquela época (década de 90), eu via que não tinha problema do profissional fazer tudo o que ele tinha que fazer. Com bebê eles faziam! Os profissionais daqui são muito bons para cuidar da criança. Então com os recém-nascidos eles têm um calor! Um carinho! Eles trabalham maravilhosamente bem (E07)!

Apesar da atenção ao bebê ser boa, com os pais, no que tange o tratamento da instituição, era diferente, uma vez que existiam questões culturais e barreiras a ser enfrentadas que dificultavam as ações relacionadas a esses:

Então os pais não eram bem vistos dentro da UTI não! E quando eu falo isso eu falo também do nível superior, mas o nível médio também tinha resistência, mas era difícil! Era difícil! Então pessoas mais antigas e pessoas que já saíram, tinham um embate muito grande. Quando se falava dos pais de um modo geral, eles eram vistos como fiscalizadores do serviço, eles iam ver as dificuldades, as pessoas têm medo! Tinham medo que os pais poderiam cobrar, a forma como você cuidava dos filhos dele. Então você ia ter pais vigilantes e isso metia medo para todo mundo (E07).

Além da própria questão profissional, de se sentir vigiado e fiscalizado pelos pais, ainda existe a percepção de E07, em que o familiar se sentia com medo, inferiorizado, um usuário destituído de direitos:

E outra coisa, até os pais para ter uma informação, eles tinham muito medo. Porque eles tinham medo, muitos pais ficavam com medo de se dirigir a determinados profissionais médicos, de enfermagem e até mesmo de nível médio. Havia os “semideuses” e “os pobres coitados” que não sabiam e não podiam incomodar. Eles se sentiam como se eles fossem... como se eles tivessem que agradecer por estar ali! Não poderiam reclamar de nada! Então eles têm pouca visão da importância deles realmente (E07).

Apesar dessa visão deficiente de direitos dos pais com relação ao seu papel, no berçário do HC, já se permitia a visita dos pais na década de 80 e 90, porém, bem diferente da atualidade, segundo relato a seguir:

Pai e mãe eram visitas! Hoje, não é visita. Tem livre acesso, 24h... As mães e pais só entravam em horários determinados, não tinham livre acesso, os bebês todos ficavam em observação, então era aquela coisa antiga (E01).

Confirmando essa restrição de entrada dos pais no berçário foi encontrado relato escrito em PRAE (em 1993) havia uma preocupação em relação à quantidade de pessoas

estranhas no serviço, portanto, foi solicitada a opinião da chefia médica, em relação à entrada de pais no berçário. Como decisão, optou-se por limitar a entrada deles apenas à tarde, no horário da visita, porém em casos especiais como choque de horário de trabalho, abria-se exceção para visita dos pais fora do horário.

Em relação às dificuldades para acesso aos pais, encontrou-se justificativas com percepções variadas. Na percepção dos entrevistados, havia de fato uma barreira cultural em relação aos profissionais que não aceitavam visitas:

O que mais dificultava era a equipe mesmo, achava que atrapalhava. Eu acho que é mais a questão de observar, cria uma barreira! É mais a questão da equipe mesmo, a questão cultural! Eu acho que a questão cultural é muito forte nisto (E01).

As principais dificuldades é a cultura de que dentro de uma unidade de alto risco não é pra ter visita! Primeiro essa cultura. É também a dificuldade com relação a cabeça do pessoal, a coisa que tinha arraigado cultuado de que os pais não podiam entrar (E02).

Na percepção de E07, com um olhar externo e com os estudos e pesquisas realizados, a justificativa principal era o medo da equipe de estar sendo vigiada, de não gostar de cobrança, fortalecendo a questão cultural:

Em relação à resistência dos profissionais e dificuldades para entrada dos pais eu acho e é a questão é o que as pesquisas indicam. Eles (os profissionais) têm medo de serem vigiados, não gostam de cobranças, seja nível médio ou superior, eles têm medo de estarem fazendo alguma coisa e serem questionados. Os pais são vistos como vigias: eu estou aqui, mas estou vendo o que você está fazendo com meu filho, se você estiver fazendo o bem, ótimo! Se não, eu estou aqui e posso reclamar (E07).

Os profissionais da assistência direta percebem a falta de mobilização da época e a falta de estrutura do ambiente e a proteção de mães com culturas e valores “falhos” para a fragilidade do RN que poderia adquirir infecção:

Primeiro a estrutura, o ambiente era pequeno, calorento. Ninguém tinha essa orientação que hoje em dia prega muito, como na lavagem das mãos para evitar contaminação. É difícil você trabalhar o ser humano em si, a pessoas não estão habituadas com tantas regras. Então você chegar num ambiente e tentar conciliar isso com a pessoa, mostrar os riscos e benefícios, leva um tempo. Porque a cultura em si, ela prejudica muito, os valores que cada um carrega. Porque os pais acham normal, pois ‘quando chegar em casa, todo mundo vai pegar’ (E03).

Além das questões relatadas como ausência de mobilizações e barreiras culturais, essas regras limitadoras de visitas eram justificadas, pelo controle de infecção hospitalar, por se tratar de pacientes frágeis em defesas imunológicas. No relato a seguir, fica claro o enfrentamento para mudança de atitude:

Aí eu disse: - Olha a mãe vai entrar! Ela só vai ajudar o bebê, ele está bem!
 Aí disseram: - Não pode! A senhora vai se responsabilizar se esse menino morrer ou tiver uma infecção! A ideia era que a mãe poderia trazer infecção pra dentro, mas era o contrário (E06).

Apesar das constatações científicas que vinham surgindo na época, de que a mãe presente poderia trazer imunidade para criança, através principalmente do aleitamento materno, ainda em relação às visitas e de acordo com relatos em Pautas de Reuniões Administrativas de Enfermagem (PRAE), houve aumento da infecção hospitalar no berçário do HC. Diante dessa situação, como mais uma medida de controle de infecção da época, foram reforçados os cuidados com normas rígidas de higiene das mãos e controle de visitas. Há registro na reunião de 22-02-95, que como padrão, as visitas dos pais ocorreriam pela manhã, onde os bebês seriam visualizados pelo vidro e à tarde das 14 às 16h, os pais entrariam no berçário, “sem permitir a demora”.

4.1.3 Dimensão Equipe de Saúde

A Inovação Social também surge a partir da interação e união de forças a fim de proporcionar bem estar para sociedade. Essa dimensão é relevante porque tanto o MC, como a Política Nacional de Humanização, propõe mudança de atitude e gestão participativa. No entanto, para exigir nova postura da equipe profissional, faz-se necessário compreender sua situação de trabalho, suas atuações e interação da equipe.

4.1.3.1 Precariedade no acolhimento aos funcionários

No contexto de dificuldades iniciais, a partir do momento que houve a mudança do berçário no Oscar Coutinho- IMIP para o prédio atual do HC, primeiro no quinto andar e posteriormente para o quarto andar, havia também problemas com o acolhimento dos

funcionários. Principalmente os profissionais de nível médio reivindicavam local para repouso noturno, pois teriam que se deslocar para outro setor para descanso, além disso, havia condições de trabalho precárias com falta de água, calor excessivo e presença de insetos, como relatos a seguir:

A estrutura não lhe oferecia condições para você ter, por exemplo, o repouso. Muitas vezes necessitou comprar água porque não tinha água mineral, faltavam fraldas descartáveis para essas crianças. Então era tudo no improvisado. Aos meus olhos, hoje temos uma fartura de materiais que são doados ou comprados, hoje não falta graças a Deus!(...) Como não tínhamos ar-condicionado, as janelas ficavam abertas, o calor era insuportável. Então tinha abelha, tinha moscas, formigas. Tinha umas árvores bem grandes ali antes de construir (a galeria na frente do hospital). Então quando chovia ou no final de tarde, então muito passarinho, tudo vinha! Assim, sofria muito também com alergias devido ao que vem da poluição externa (E03)!

Esses fatores estruturais da organização, como as condições de trabalho influenciam indiretamente na humanização. Na percepção de E 04, o ser humano precisa de acolhimento:

Pois temos que ver, que nós lidamos com ser humano, que está dentro de um contexto muito sofrido, então, ele é um ser carente! Então ele vem para o trabalho dele e também precisa ter o acolhimento, ele merece também ser ouvido. O salário, ele é um pagamento, tudo bem, você tem o salário. Mas a gente sabe que o acolhimento é outra coisa (E04).

Percebe-se na fala acima que o profissional de saúde, que lida com a vida dos pacientes, também é um ser humano que tem fragilidades e deve ser trabalhado para o enfrentamento diário de sua rotina de trabalho, portanto necessita de acolhimento e condições de trabalho satisfatórias.

Ainda sobre esse aspecto, E 07 percebe e relata que as condições estruturais e físicas da instituição estressa o profissional e dificultam o trabalho com o recém-nascido, pois a atenção desse paciente necessita de cuidados especiais:

Atrapalha demais! Se o profissional não tem condições de trabalho, isso é horrível. Tudo isso estressa a gente que está tomando conta, a gente fica desesperado, quem é que não fica? Tomando conta de um ser que está chegando, cheio de problemas. São recém-nascidos que precisam de mais cuidados, então por um lado, a gente tem que ver, não é só culpar o profissional (E07)!

Mesmo com depoimentos de condições de trabalho insatisfatórias, há relatos escritos (PRAE) de solicitação de cadeiras novas para mães amamentarem, mostrando a preocupação com a família e com a amamentação. Na percepção dos profissionais assistenciais, coordenadores e até professores da UFPE que interagiram com a equipe da UNN, sempre houve uma equipe muito comprometida com a assistência, conforme declaração a seguir:

Em termos de humanização aqui os profissionais da Neo, eram sempre bem devotados, dos técnicos, aos profissionais de nível superior e passando pela chefia. Eram todos muito devotados às questões do recém-nascido. E mesmo a gente professor que se envolvia, todo mundo sempre falou na questão de humanização (E07).

Esse comprometimento reflete em uma boa qualidade de assistência que é percebida em unanimidade por todos os entrevistados, no sentido de melhoria, proporcionada sobretudo pelos profissionais envolvidos com a assistência.

4.1.3.2 Interação da equipe em reuniões e regras para o cuidado ao RN

De acordo com arquivo documental, foram analisadas Pautas de Reuniões Administrativas de Enfermagem (PRAE) a partir de 1991. Essas reuniões a princípio evidenciam encontros trimestrais e posteriormente mensais. Para incentivar a participação, eram realizadas em dias de pagamento e com desconto de carga horária. Nelas, participavam, além do nível médio de enfermagem do berçário, a gerência de enfermagem, alunos e professores da Universidade.

Como evidenciado em pautas das referidas reuniões, no início havia uma grande preocupação com o cumprimento de normas e rotinas na UNN. A instituição dessas regras beneficiava o protocolo do serviço. E03 relata que:

As reuniões elas eram mensais a princípio. Eram pautadas as dificuldades que a gente tinha em relação à assistência, aos materiais que quebravam, tinha que se dá um jeitinho. Se falava também carga horária, essas coisas básicas da enfermagem... Então assim, essas reuniões eram onde a gente pautava todas essas dificuldades em observar, em ter mais atenção. Isso ajudava a gente ter aquele padrão de assistência (E03).

Por um lado, havia o cumprimento dos padrões de assistência, por outro, essas normas não respeitavam as individualidades dos bebês internados. Por exemplo: a troca de fraldas, aspirações de secreções e cuidados gerais de três em três horas, a regra fixa de entregar o plantão com os bebês tomados banhos, e a troca de sonda (a cada 48h) com protocolo de data e hora, não colaboravam com as particularidades de cada RN. Se o mesmo estivesse dormindo, ou exausto após procedimento ou nascimento, poderiam ser manuseados para o cumprimento das normas. Assim, como as ações relacionadas diretamente ao RN, os horários fixos de visitas dos pais enrijeciam as condutas proposta atualmente como humanizadas.

Considera-se que o número de RNs internados a princípio era bem menor que nos dias atuais, esse fato colaborava com ações beneficiadoras, a exemplo da vacinação realizada no leito. Mesmo com poucos bebês, há relatos de falta de equipamentos necessários para assistência, da reivindicação de batas para visitas, de reorganizar os horários delas e a proibição de fraldas descartáveis pela diretoria.

Em 1994, foi admitida a responsável técnica de enfermagem do berçário, que é a mesma até a presente data. A partir deste momento, parece ter havido um aumento na interação do grupo, com novas propostas de atuação, como as normatizações dos cuidados, o incentivo à participação em reuniões e a aquisição de conhecimentos, essa percepção deu-se a partir da análise das PRAE.

Havia também o engajamento nas reuniões de alunos e professores da escola de enfermagem da UFPE, que eram ouvintes ou apresentadores de temas científicos. Mas, geralmente os próprios auxiliares de enfermagem eram incentivados a estudar um assunto, tirar as dúvidas com o enfermeiro e repassar para equipe. Os interessados eram liberados em rodízio para congresso, estimulados a buscar conhecimento.

A ornamentação do setor para as festas natalinas era possível através de cotas. As cotas também ocorriam nessas reuniões para comemoração dos aniversariantes do mês. Na percepção de E07, as reuniões ajudavam no processo de humanização:

Em relação às reuniões mensais com a equipe acredito que eram muito boas! Que ajudavam neste processo (de humanização) com certeza. Naquele momento você poderia colocar as dificuldades, eles poderiam colocar as dificuldades deles e ajudava de certa forma, dava um ânimo! Dava até aquela esperança que vai melhorar! Podia até não melhorar, mas vai melhorar! Você saía dali achando que sim. Depois você vai vendo que a coisa não sai e vai desacreditando, mas naquele início melhorava alguma coisa. Se você tem um controle da equipe de poder conversar, escutar as dificuldades e discutir, isso era muito bom (E07)!

Tinha uma equipe muito disposta a melhorar, a trabalhar, dando realmente tudo de bom que tinha... Em relação ao profissional também, pois teve uma época de muito treinamento, muita conscientização. Também observei que os profissionais vieram a estudar, a obter conhecimento (E 04).

Percebe-se que esse período foi marcado por muitas dificuldades e desafios, mas ao mesmo tempo pela interação da equipe disposta em melhorar, portanto, as capacitações e decisões tomadas em grupo foram essenciais. Cita-se, conforme relatos em PRAE, o curso realizados no período sobre 'Filosofia do Hospital Amigo da Criança', em março de 1996, com duração de cinco dias, disponível para alguém da equipe nos meses subsequentes. Esta iniciativa buscou despertar ações relativas à humanização como a amamentação na sala de parto e a efetividade do alojamento conjunto 24h.

O que eu sei é que a gente teve muito treinamento, teve parceria com outra instituição, que apoiava, não lembro bem qual. Eu lembro bem das práticas, teve muita reunião, muita conscientização, treinamento. Inclusive com pessoas da universidade que vinham com trabalhos e apresentavam, traziam para gente. Os residentes faziam os trabalhos deles, as pesquisas e apresentavam, traziam pra gente. E fora a reunião científica que nós tínhamos muito. Então, muitos trabalhos eram relativos à humanização (E04).

Diante das ações investidas, houve o reconhecimento pelos esforços e melhorias da equipe de enfermagem, realizado pela chefia médica da UNN em 1997. A chefia buscava incentivar a participação da equipe em reuniões e manter a atenção devida aos cuidados com os RNs. Nessa ocasião, o coordenador do berçário parabeniza a equipe de enfermagem pelos esforços e conquistas.

Mesmo com as dificuldades, e apesar dos pais não terem acesso livre ao berçário, constata-se a gratificação pelos cuidados recebidos pela equipe em uma carta escrita por uma mãe de recém-nascido prematuro internado na UNN do HC:

Recife, 23-01-98

Queridas(os) tias(os) que fazem a Unidade Neonatal

Graças a Deus e a vocês chegou o dia de ir para minha casa com minha mãezinha que me acompanhou em todos os momentos difíceis.

Estou triste porque infelizmente não tenho condições de presentear cada um de vocês. Se minha mãe tivesse condições pediria para homenageá-las(os) com um troféu pela capacidade que todos vocês tem de deixar uma vidinha como EU, que cheguei aqui nas mãos de vocês quase sem forças para viver. E vocês me mostraram que a esperança é a última que morre, e com a ajuda

de 'DEUS' e das máquinas deixaram EU acabar de me formar nas suas mãos.

Sou feliz em saber que no mundo que acabei de chegar, apesar dos preconceitos e obstáculos existem pessoas como vocês que verdadeiramente tem amor pela profissão e fazem de tudo para não deixar morrer quem chega até vocês.

Não sei como EU e minha mãe faremos para agradecer tanta dedicação, carinho, amor, fé e esperança, enfim todos os requisitos que fazem de um bebê prematuro feliz e com forças para viver. Podem ficar certos onde eu chegar falarei sempre com carinho no nome de todos, e jamais em momento algum de minha vida lhes esquecerei.

Fiquem com Deus e tenham certeza que Ele com suas mãos cheias de bálsamo lhes ajudarão sempre...

Essa carta é bem clara no reconhecimento e importância da mãe que acompanha seu filho. Mesmo limitada por horário, como era estipulado na época, ela parece ter tido acesso ao contato com o bebê e a informações da equipe que acolheu e cuidou do seu bebê prematuro.

4.2 Segundo Marco - final de 1999 a 2007

Esse período iniciou com a proposta do Método Canguru que inclui a fase final do ano de 1999, convertendo-se em Política pública, em 08 de dezembro 1999, com publicação em Portaria nº 693/GM de 05 de Julho de 2000, e terminou em 2007, devido à instituição da Portaria nº 1.683 de julho de 2007, sendo a de 2000 revogada.

A parte documental da análise foi construída a partir dos Livros de Ocorrência Médica (LOM) e Pautas de Reuniões Administrativas de Enfermagem (PRAE). Os LOM de 1999 a 2007 foram selecionadas e destacadas as 'Ocorrências Especiais'. O primeiro livro a ser examinado tem sua data de início em 06-10-1999, coincidindo com o período das ações vigentes do governo, que configurou o Método Canguru como uma política pública e finalizou no final de 2007. Dentre os 3008 dias inspecionados neste período, 680 tiveram um ou mais tipos de ocorrências, ao todo foram analisadas 1112 ocorrências gerais, excetuando-se os óbitos e procedimentos médicos realizados em pacientes. Após um olhar qualitativo, foi considerado que direta ou indiretamente os fatores analisados influenciaram no processo de trabalho e conseqüentemente nas atitudes de humanização relacionadas ao Recém-nascido e sua família.

4.2.1 Dimensão Instituição

Esse período foi marcado por muitas dificuldades institucionais, com recursos escassos, superlotação, sobrecarga e condições de trabalho, muitas vezes, precárias. Por outro lado, houve avanços, como uma significativa melhora na interação entre pais e equipe, com a transposição das barreiras culturais já mencionadas no primeiro marco, forçada pela necessidade de adequações baseadas no conhecimento científico.

4.2.1.1 Questões físicas e estruturais da UNN

Nesse segundo marco, o berçário já seria reconhecido como uma Unidade Neonatal (UNN), com UTI e UCI neonatais. Em relação à estrutura física, já era instalado no quarto (4º) andar. Conforme relatos, por volta de 1990, ocorreu a mudança para ala sul do quarto andar, onde permanece até hoje. Assim como a UNN, o Centro Obstétrico (COB) e o Alojamento Conjunto (AC), todos estavam no mesmo andar. Essa proximidade facilitava o contato entre os setores afins e o fluxo das mães, quando seu RN era encaminhado à UNN.

O início desse marco, conforme relatos descritos mais adiante, foi um momento complicado, principalmente por recursos humanos e financeiros escassos. Mesmo com todos os problemas, houve mudanças positivas, com preocupação com a humanização e apoio às mães, resultando no Grupo de Apoio às Mães Acompanhantes (GAMA). Assim, a instituição também apoiou a organização de uma enfermaria para essas mães de recém-nascidos internos na UNN:

A enfermaria de mãe acompanhante existia, mas foi organizada pelo GAMA em 2000. As mães antes do GAMA ficavam na enfermaria lá no fim do corredor no alojamento. Acho que pela força da equipe local, a enfermaria mudou para a primeira sala, mais próxima do berçário. A instituição naquele momento deu apoio, ela pintou a sala que estava horrível, ajeitou os leitos. O momento era mais favorável do que hoje, que a gente vê a degradação do hospital cada vez aumentando. Então, a gente tinha momentos de ouro naquele momento, mas era difícil ter as coisas, mas tivemos as pinturas das camas, das salas, tinha lençol direitinho (E07).

Interessante que, na percepção de E07, a situação na época, por volta de 2000, era melhor que a atual, contrapondo percepções de outros entrevistados, que consideram a situação da UNN bem mais estruturada atualmente, do que há cerca de 15 anos:

Em relação à estrutura melhorou, pois ampliou as salas... Alguns casos especiais, quando fica lotado, os espaços ficam diminuídos. Mas tem ar refrigerado, cadeiras, condições são melhores. Tem uma equipe multidisciplinar onde tem o contato com a mãe, tem todo um apoio de fonoaudiólogo, pediatra, até psicólogo, antes não tinha essa equipe, isso é recente (E03).

Conforme registros escritos nos LOM, a média de leitos disponíveis na UNN era em torno de oito (8) leitos, portanto sempre havia superlotação. Um exemplo foi o registro de dezesseis (16) pacientes, em 11-11-1999, distribuídos nas salas, o que preocupava a equipe, uma vez que o número de profissionais já era reduzido.

No ambiente da UNN, segundo relato em LOM, permanecia o calor excessivo, pela falta de circulação, se as janelas ficassem fechadas. Caso abertas, ocorria à presença de insetos. A situação piorava em momentos com muitas crianças graves e uso de equipamentos e extensões elétricas, que aqueciam e colocavam em risco o ambiente, pela sobrecarga da rede elétrica. Havia reivindicações de materiais e equipamento considerados básicos para um bom atendimento: mesa de urgência, tubos, cateteres, oxigênio para abastecer os cilindros, berços, incubadoras, ar condicionado e até cortinas para redução dos raios solares, visto que a estrutura predial nascente incidia iluminação solar direta.

No COB, onde ocorria, e ainda ocorre, o primeiro atendimento a gestante e RN, a situação inadequada do ambiente, materiais e equipamentos foi registrada em diversos momentos. Há reclamações dos médicos, relacionadas às dificuldades em prestar assistência devido à lotação, resfriamento do ambiente excessivo, berços que não aquecem o RN, incubadoras de transporte despreparadas, falta ou defeitos em materiais diversos, além de eventuais panes elétricas, que caso atingissem o ar condicionado do COB, ocasionariam o fechamento de internação.

Há relatos de “situação caótica”, em que estão submetidos os profissionais, com péssimas condições de trabalho e a “lei do falta tudo” ou quase tudo. Nesse contexto, houve falta de energia intermitente por vários dias, devido à pane elétrica, que ocasionou risco de incêndio com relato (em 03-05-2002) de “pânico geral”, assim como a falta de planejamento e preparo para emergência. Mesmo com a falta de energia, a Central de Parto enviou gestantes de risco para o HC, inclusive com trigêmeos. A situação de superlotação gradativamente parecia aumentar, com relato de risco por falta de assistência a seguir:

Situação caótica no berçário, superlotação nos cuidados intermediários, dois RNs em um único berço, a maioria chorando com fome, pois passa a hora da administração, e as auxiliares não conseguem atendê-los...outro RN estava

saindo pela portinhola da incubadora, aliás incubadoras sem portinholas, dois auxiliares para dar assistência a 21 RNs (aspiração, medicação, alimentação, higiene, etc) situação que se repete há alguns plantões e até agora sem solução... Não podemos ser omissos (LOM 05)!!!

Além do déficit de pessoal, também havia muitas ocorrências de dificuldades relacionadas ao suporte de exames laboratoriais e radiológicos, especialmente se necessário serem realizados no leito (no RN de UTI). Acrescentando, conforme aumentava a demanda de pacientes, aumentava o déficit de material e equipamento. Porém, em 2003 houve retorno das solicitações de compras de novos equipamentos como novas incubadoras e monitores.

No final desse mesmo ano, buscando adequação às boas práticas de humanização, a Sala de Infectados foi fechada, ficando Intensivos 1, Intensivos 2 e Cuidados Intermediários. Esse fato está registrado tanto em Pauta de Reunião Administrativa de Enfermagem (PRAE), como em LOM, marcando uma ação importante de humanização, uma vez que o rótulo de “infectados” de certa forma causava vergonha e constrangimento aos pais, que sentiam que seu filho poderia estar na pior das situações. O ano de 2003 foi o segundo do marco em número de ocorrências especiais, com um total de 151, por vezes recorrentes, ficando atrás somente do ano de 2007. Na percepção do profissional E05, admitido em 2003, a estrutura física sempre foi um problema e, apesar das reformas, precisa ainda melhorar:

A parte estrutural ainda deixa a desejar, tudo a gente precisava melhorar! Existem outros hospitais que a gente sabe que existe uma divisão real, onde não existe uma comunicação entre os setores UCI que é individualizada e a UTI, que também é individual, com a equipe, com seus médicos, suas enfermeiras, seus leitos, tudo! Como sendo distintas. E aqui não! Houve uma mudança, lógico! Mas aqui o espaço é o mesmo. O espaço físico é o mesmo! E sempre a gente está com sobrecarga de recém-nascidos. A parte estrutural ainda deixa a desejar, mesmo com a reforma (E05).

O COB, segundo relato em 04-09-2004 no LOM, encontrava-se com o teto da sala de cesárea em risco de desabamento e a UNN também com problemas na estrutura física. Assim, o internamento foi fechado algumas vezes, para reformas intermitentes e posteriormente por Infecção Hospitalar. A limitação de admissões prorrogou-se até o final de 2004. Confirmando a informação, foi anunciado em Novembro de 2004 em PRAE que a UNN iria sofrer uma reforma.

Em 2005, houve mudança de coordenação da UNN, mas os problemas pareciam se repetir: superlotação, dificuldades para evitar novas internações devido à falta de leitos

(fechar o plantão) e problemas estruturais. Houve rompimento de tubulações de esgoto na UTI e incêndio em outro andar do hospital que causou desespero de mães.

O ano de 2006 se iniciou novamente com superlotação e infecção hospitalar o que gerou muitas ocorrências para o fechamento de plantão em janeiro, fevereiro e março. Outra data marcante desse período foi 14-09-2006, quando houve conclusão da mudança da maternidade para o 9º andar, dificultando a proximidade física, pois até o momento os três setores afins eram no quarto andar. Essa mudança foi justificada pela necessidade de reforma da ala norte do 4º andar, local do Alojamento Conjunto, que se encontrava com estrutura física comprometida. Vale informar que essa reforma não ocorreu até a presente data, estando a ala desativada e bloqueada. Nos últimos dois meses daquele ano, apesar de ainda com pacientes, o internamento foi limitado por infecção hospitalar e após ocorrência de dois óbitos. O ano de 2006 foi o terceiro com mais ocorrências especiais (OE), com um total de 149 fatos que chamaram atenção dos plantonistas médicos.

Em 2007, logo após reabrir o internamento, iniciou novo ciclo de ocorrências por superlotação, além de calor excessivo, prejudicando inclusive RNs em uso de incubadoras e berços térmicos. A falta de sistema de refrigeração adequado contribuía para um ambiente insalubre. A assistência inadequada leva a angústia dos plantonistas que não se conformam com a falta de estrutura do serviço e a situação dos pacientes, inclusive das gestantes:

É angustiante e revoltante prestar assistência desta forma desrespeitosa e desumana. Havia uma paciente de 32 semanas, sendo inibida no COB sentada, por falta de leito (LOM 11).

Sobre o relato acima, explica-se que se tratava de uma paciente em trabalho de parto prematuro, recebendo tratamento para tentar evitar o nascimento precoce.

O ano de 2007 foi o período com mais ocorrências especiais do segundo marco, somando 160 OE. Apesar da necessidade emergente da humanização, as condições de saúde, inclusive físicas e estruturais, pareciam não suportar a demanda de clientela.

4.2.1.2 Superlotação em um sistema de redes estranguladas

Nas anotações das ocorrências especiais, percebe-se claramente o destaque da superlotação da UNN como causa de inúmeras dificuldades diretas e indiretas. Dentre elas, pode-se citar a falta de materiais, equipamentos, que leva ao improvisado, a escolha (que

representa a retirada de um equipamento de paciente com melhor condição para ceder a outro mais grave), os conflitos de comunicação entre os setores afins (UNN, COB e AC) e a falta de profissionais suficientes para assistência.

De acordo com E01 e E08, a superlotação influencia na dificuldade de assistência direta ao recém-nascido, além de influenciar na falta de materiais. E04 percebe o desestímulo e risco de infecção hospitalar com a superlotação:

Atrapalha muito! Desestimula o profissional, ele aumenta o índice de infecção muito! Pois, por mais que você queira, por mais que você lave sua mão...(balança a cabeça negativamente)(E04).

A seguir pode-se visualizar a Unidade de Cuidados Intermediários da UNN do HC , na figura 14 (4). A sala em questão seria de armazenamento de equipamentos, mas, atualmente, é utilizada como expansão da Unidade de Cuidados Intermediários, que oficialmente possui 5 leitos.

Figura 14 (4): UNN em situação de superlotação



Fonte: UNN do HC- UFPE

Grande parte das ocorrências especiais, registradas nos LOMs, está relacionada a três fatos interligados que são superlotação, solicitação do fechamento de internação e reclamação que a Central de Parto (CP) continua enviando gestantes com senhas, mesmo sem condições de receber RNs na UNN. Esse último fato causa a sensação de desrespeito nos profissionais de saúde da UNN, além da falta de colaboração da CP e do COB, conforme vários relatos

escritos nos LOMs. Por outro lado, vale salientar que a CP justifica a falta de vagas em todas as UTIs Neonatais e maternidades de alto risco do estado de Pernambuco, realizando assim um sistema chamado “rodízio”, alternando o encaminhamento de gestantes.

Além da superlotação, relata-se também nas PRAEs, que os problemas ocorriam por falta de recursos financeiros e por falta de pessoal, pois, naquele momento o hospital estava “em crise”. Confirmando a informação, a chefia médica também justifica no LOM a falta de recursos, pois o HC foi o único hospital a não ser contemplado com o financiamento do REFORSUS⁹. Assim a coordenadora da UNN da época deixou registrado:

Stress crônico, por vezes ingerenciável... Peçamos forças para prosseguir com tantas dificuldades (LOM 05)!

Diante das dificuldades, a chefia busca participar de reuniões com a central de parto, reforçando a autonomia do plantonista em fechar o plantão.

O plantonista tem competência técnica e responsabilidade para assumir o fechamento do berçário. Conseguimos o rodízio proporcional das maternidades (LOM 06).

Esse rodízio proporcional assumia relevância porque, dentre as maternidades que atendiam alto risco, havia umas com um quantitativo superior de leitos de UTI Neo. Como no HC o quantitativo era pequeno, refletia em maiores problemas.

Esse contexto de superlotação se prorrogou até o final do segundo marco. Na realidade, prorroga-se até a atualidade com algumas particularidades de cada momento, não só em âmbito local do HC, mas de toda rede de saúde Estadual. Em todos os momentos, houve “desabafos” de plantonistas, que sofriam com indignação, por não aceitarem o funcionamento do sistema, como o exemplo a seguir:

Registro minha indignação como profissional e principalmente cidadã, vivenciando o total desrespeito aos pacientes, profissionais e serviços, ignorando a legislação ao continuarem encaminhando pacientes para

⁹ O Projeto "Reforço à Reorganização do SUS" - REFORSUS é uma iniciativa do Ministério da Saúde com financiamento do BID e Banco Mundial, que tem como objetivos promover a qualidade da assistência, dos insumos e da gestão da rede de serviços de saúde, reduzindo custos e utilizando, de forma mais eficaz, os recursos (BRASIL, 2016).

serviços já superlotados, não providenciando vagas em serviços privados, como é um direito do paciente (LOM 11).

Na data do relato acima, a ocupação chegou a trinta e duas (32) crianças na UNN, sendo treze (13) de UTI (162% de ocupação) e 19 na UCI (380% de ocupação), sob os cuidados de apenas uma auxiliar de enfermagem na UCI. Como já podia ser previsto pela equipe de saúde, em 2007, houve vários fechamentos de plantão por infecção hospitalar, às vezes por reformas. Nos momentos de superlotação, a equipe se ajudava para poder cumprir com seus deveres, os enfermeiros e técnicos colaboravam com outro setor, tão logo que pudessem.

4.2.2 Dimensão Pais e Familiares

A partir desse momento, muitas ações e atitudes foram modificadas na dimensão pais e familiares, o principal fator que contribuiu para essas mudanças foi o conhecimento científico, que alicerçou o empenho das pessoas para modificar uma realidade e uma cultura.

4.2.2.1 Avanços e Benefícios com a presença dos pais e familiares.

O início desse período coincidiu com a conquista do título da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) da UNN do HC e com a transformação do berçário em UNN (UTI e UCI Neonatais). Então já havia uma abertura maior para o acesso da mãe à UTI, porém para o pai, o acesso ainda era restrito aos horários de visita, uma das preocupações era a prevenção de infecção:

Mudou muito essa questão de acesso aos pais. Antigamente a gente tinha normas muito rígidas no berçário, como eu fui responsável pela Unidade por muitos anos e eu gostava das coisas muito rígidas, muito certinhas, então durante muitos anos, a gente não permitia... Até para entrar no berçário, a gente colocava máscaras, propés e batas, então era muito rígido. Em relação à dificuldade para entrada dos pais era principalmente por conta de prevenção de infecção para o recém-nascido (E08).

Aos poucos, o pai também era liberado para entrada livre, pois ainda havia resistência da portaria principal e dos profissionais em liberar a entrada do pai fora do horário de visita. Algumas vezes, a portaria entrava em contato com o setor para autorizar a entrada do pai no hospital. Na UNN, não havia resistência pela maioria dos profissionais. Os que ainda resistiam justificavam principalmente pela falta de segurança do hospital. Com as políticas de humanização que surgiam na época, foram começando as mudanças:

Quando começaram a surgir às políticas de humanização, mais ou menos nesse período de 2000, ou antes um pouco, foi quando que começou a se abrir mais a entrada dos pais. Só depois foi aberto para outros familiares, o irmãozinho que poderia olhar do vidro, as vovós... Começou se abrir com as políticas de humanização, sem a política a coisa não existia, foi preciso a política vir para poder mudar as atitudes em relação à aceitação da família dentro da unidade neonatal (E07).

De acordo com E05, admitida em 2003, a visita naquele período existia, mas era restrita:

Era mais restrita, não era como é hoje! Hoje agente percebe que há uma liberdade maior, é o pôr em prática realmente aquilo do familiar, do pai está entrando, está junto com a mãe, até na hora da amamentação! Então a gente vê que ele está mais presente, todo mundo está mais consciente! A gente pode dizer que todos estão mais conscientes (E05)!

Conforme livro de reuniões, desde Janeiro de 2003, com uma ação em prol da família dos bebês, foi liberada a visita também para os avós dos RNs, apenas no horário de visita. Nesse período, as mães já tinham acesso livre ao berçário. Para essa atitude ocorrer, foi necessário a sensibilização própria de E01 e, posteriormente, o apoio das chefias para auxiliar na mudança de rotina e sensibilização da equipe:

A vó não entrava, a vó ficava na janela, olhando. Até que um dia eu fui passando e tinha uma vó, aí ela olhando a filha dela com o bebê, eu disse: quanto tempo o bebê está aqui? Ela disse: 30 dias. Você já viu o bebê? Daí ela disse: É o maior desejo da minha vida! Eu disse: Você quer agora? Ela disse: Quero! Eu chamei a enfermeira, ela disse; Não pode, não dá. Vai deixar para uma, tem deixar para outras. Eu disse: Olhe, hoje eu me responsabilizo por ela, mas ela vai entrar! Aí ela entrou, pegou o neto dela, ficou um pouquinho com a filha, depois ela saiu e eu fui embora pegar o bebê, quando eu voltei, que ela me viu, ela me deu um abraço e me deu tanto do beijo! Tão feliz da vida, porque tinha pego pela 1ª vez o netinho dela! (E01).

E isso me marcou muito, porque lá no IMIP, também tinha essa coisa de proibir avós de entrar, então morreu um bebezinho e a (nome da médica do

IMIP) foi fazer a visita domiciliar, e mulher não quis recebê-la porque: “Você proibiu de eu ter a única oportunidade de pegar meu neto nos braços! Ele morreu e eu não peguei nele!” Então ela chegou contando, e isso me marcou tanto e eu disse: não, essa coisa tem que modificar! Então foi quando eu conversei com (a coordenadora), que estava também na época, e o (chefe do setor) e daí agente começou a abrir a visita (no HC) para os avós (E01).

A abertura para outras pessoas da família, como madrinhas, irmãos, tias, ainda era restrita. Essa conquista só veio mais adiante com a admissão e envolvimento de novos profissionais como psicólogo e assistente social na equipe.

Importante frisar que todos os entrevistados nessa pesquisa são unânimes na percepção de que o acesso e presença dos pais mudaram a partir da conscientização e capacitação da equipe. Toda equipe reconhece que a presença e participação da família são benéficas para o recém-nascido que é mais vigiado, sofre menos de infecção hospitalar, recupera-se melhor, fica mais estimulado, mama mais rápido e inclusive sofre menos violência. Experiências ‘horribéis’ como a relatada a seguir não ocorreram mais, a partir desses trabalhos de conscientização da equipe:

Eu já vivi aqui coisas horríveis, do bebê ir a óbito, não se falar para mãe, inclusive a mãe entrar procurando o filho, quando via, já tinha outro bebê no lugar do filho dela. Claro que hoje não acontece mais (E01).

Contudo, não é só a mãe estar presente, é importante que ela participe dos cuidados de fazer o contato pele a pele com o bebê, colocá-lo no colo e criar esse vínculo afetivo, emponderando-se no cuidado ao seu filho de forma integral.

4.2.2.2 Grupo de Apoio a Mães Acompanhantes – GAMA

O Grupo de Apoio a Mães Acompanhantes (GAMA) emergiu a partir da necessidade de mudança de realidade em relação aos pais dos recém-nascidos, em especial as mães que se sentiam excluídas, sem voz e presas, conforme relato de E07:

O GAMA foi uma necessidade, porque como eu era professora e levava os alunos para lá, a gente criou um projeto de extensão para apoiar essas mães que ficavam internadas, não podiam descer, elas descreviam como uma prisão. Era o hospital “Amigo da Criança” e “Inimigo da Mãe”. Teve uma que descreveu que quando olhava, só via o estacionamento e se sentia presa... As mães escreviam os desabafos delas... parecia como a sela de presídio, em que os presos escrevem na parede, era a sensação que você

tinha... Então, quando veio o Gama, a gente levava elas para tomar um banho de sol, ir pra pracinha, chupava picolé. Então saia pra fazer um passeio, comemorava o Dia das Mães, Dia das Crianças, Páscoa, São João, era muito bom (E07).

O Grupo foi formado por E07, pelos alunos da graduação do curso de enfermagem, pelas assistentes sociais e por outras pessoas da equipe interessadas. Foi uma conquista no contexto local, com a ideia implementada a partir de experiência vista em outro serviço, obtendo a abertura do meio local para novidades externas. De acordo com E07,

Vendo isso e quando eu fui para Ribeirão com a proposta de fazer doutorado eu vi um grupo de apoio lá, avaliei a situação aqui em Recife, para ver se tinha condições de implantar, então eu trouxe pra cá. Vi o que estava faltando e trouxe pra cá. A gente teve verba, comprou televisão, cadeira, mesa, som e DVD, então GAMA teve esse lado de apoio (E07).

O GAMA emergiu no ano 2000, mas atualmente as reuniões do Grupo ainda existem e são lideradas pelo Serviço Social do HC. É certo que já houve uma participação com dinâmica mais efetiva, mas sua construção foi alicerçada a ponto de se transformar em rotina do serviço. Dentre os investimentos locais da equipe para melhoria de serviço, foi referenciado o GAMA por E02:

A equipe sempre investiu muita coisa! Por exemplo o grupo GAMA, esse grupo ainda existe! Quem está muito à frente dele é o serviço social, muitas vezes a equipe multidisciplinar participa, o médico, enfermeiro participam. Essa mãe precisa! Ela não pode ficar solta! Ela precisa desse apoio (E02).

Apesar de E02 perceber que houve a participação de toda equipe no grupo, existem barreiras para os profissionais médicos e de enfermagem participarem. Afinal, deixar suas atribuições de rotina, em um serviço sobrecarregado, para escutar as dúvidas, dificuldades e queixas das mães atrasaria a rotina do trabalho em determinados momentos:

Era a questão de hora, não tinha muita gente como hoje e também o nível médio, que não tinha condição de jeito nenhum de sair para ficar conversando com pai e mãe, vendo problema, as dúvidas, dificuldades, emponderar eles. Era aquela coisa, você valorizava: ai que ótimo esse grupo! Mas não queria muita aproximação não (E07)!

Contudo, a atuação desse grupo sempre foi importante para emponderar as mães, que sempre precisaram de muito apoio.

O GAMA trabalhou para emponderar os pais com certeza!... As mães conversavam no Gama, onde elas tinham mais abertura para falar, o GAMA foi um avanço nisso, eu acho que o GAMA abriu os olhos! Em mostrar a elas que tinham um direito, elas e os familiares. E que eles poderiam cobrar e perguntar por que meu filho está desse jeito? Por que ele foi para o respirador? Por que isso? Saber tudo da patologia do filho! ...o grupo emponderou mães de dizer: 'eu fui, eu perguntei, eu quis saber!' Então elas começaram a se sentir melhores. Elas ficaram gostando da situação de serem assistidas, elas perderam o medo delas de conversar, perguntar (E07)!

A implantação desse grupo de apoio evidencia uma conquista no que concerne ao bem estar das mães, pois uma vez permitido e aberto o espaço para esclarecimentos e dúvidas, sentiam-se amparadas, informadas e com conhecimento a respeito dos acontecimentos com seu filho.

Percebe-se que é muito difícil para elas enfrentar esse momento de insegurança, dor e dúvidas em relação ao ser amado, às vezes até sem o apoio às vezes da família. Assim, a equipe interdisciplinar não substitui a família, mas é uma aliada que ajuda muito nesse processo.

4.2.3 Dimensão Equipe de Saúde

Diante de um cenário de insatisfação, reflete-se e buscam-se alternativas para cumprir as recomendações de uma política de governo que chegava naquele momento, ultrapassando barreiras e buscando a superação de obstáculos através da interação da equipe.

4.2.3.1 Luta dos profissionais em busca de melhores condições de trabalho

No sentido da valorização do profissional da saúde, surge a necessidade de discutir sua situação no trabalho, na qual ele deve prestar um serviço pautado em dignidade, respeito, solidariedade e ética, mesmo sendo submetido a estresse físico e emocional e às vezes falta de condições mínimas de trabalho. A partir dessa reflexão, discorre-se a seguir os registros de dificuldades enfrentadas nesse segundo marco.

O profissional de nível médio, no período a partir de 1999, conforme relatos em LOMs, foi exposto à sobrecarga da assistência, com um grande número de pacientes por auxiliar de enfermagem, para trocar fraldas, alimentar e medicar ao mesmo tempo. Da mesma

forma, os médicos, no período, também relataram inúmeras dificuldades em relação à sobrecarga de trabalho, conforme relato a seguir:

Estamos nos sentindo penalizados, desmotivados e revoltados pelo descaso da situação dos plantonistas do berçário. Será que nada, nada mesmo pode ser feito? Temos realmente condições de estarmos trabalhando com este nível de stress (LOM 01)?

No relato acima, ficou clara a insatisfação da equipe com a sobrecarga. Por outra parte, houve muita preocupação com a humanização no berçário que, mesmo dificultada pela intensa problemática em vários níveis, não deixou de ser lembrada. Para exemplificar, foram encontradas em vários LOMs mensagens na capa ou contracapa, incentivando as mudanças de atitudes, assim como fotos de bebês e da equipe, ofertando assistência humanizada.

É certo que, a falta de materiais e equipamentos expôs os profissionais, além dos pacientes. Houve a consciência da necessidade de prestar uma assistência com qualidade, sabendo de se tratar de pacientes frágeis e indefesos, mas não se teve a condição necessária.

De forma geral, na assistência à saúde e independente da época, se os profissionais possuem plena consciência da real necessidade, mas não conseguem cumprir adequadamente as obrigações, isso causa risco e estresse, pois assumem a responsabilidade perante qualquer eventualidade.

Assim, foram encontrados diversos registros nos LOMs que exemplificaram risco da atividade profissional, como falta capotes de Raio X, colocando os auxiliares de enfermagem expostos à radiação ao segurar os bebês; RNs precisando de assistência e o profissional ocupado com outros bebês; familiares reclamando e exigindo a atenção devida; impossibilidade de fechamento de plantão por falta de vagas também em outras maternidades de alto risco; e a necessidade do médico do berçário (já sobrecarregado) de atender a enfermaria de pediatria em outro andar do HC.

Sobre esse último registro, em relação aos médicos, são frequentes as ocorrências relacionadas à sobrecarga, por avaliar os pacientes da UNN, do Alojamento Conjunto, prestar assistência ao nascimento no Centro Obstétrico e ainda atender intercorrências na enfermaria de pediatria no 6º andar. Assim, eles se sentiam sobrecarregados e desumanizados, como mostra os relatos a seguir:

Plantão com várias chamadas na pediatria, paciente pediátrico de UTI, grave, necessitando de veia central. Precisando rever com urgência este velho

problema, agora mais GRAVE, desde que agora não é mais uma simples enfermaria de PEDIATRIA, e sim uma UTI adaptada em uma enfermaria. E vem o problema médico em “si... Como podemos ser neonatologistas, dando atendimento em UTI neonatal com pacientes graves, entubados, prematuros extremos, pré-termos muito lábeis e ao mesmo tempo, dar suporte à enfermaria de pediatria... com chegada de pacientes gestantes com DHEG, DPP e outras de alto risco, alojamento conjunto? Como pode tudo, tudo acontecer e nós sermos responsáveis por tantos setores ao mesmo tempo? (todos os setores) de tamanha complexidade, orientar monitores, doutorandos e residentes. Desejaria saber como podemos nos orientar dentro deste sistema?!!

Somos até de aço, talvez de ferro(LOM 06)!

Vamos nos reunir mais uma vez e avaliar toda essa problemática! Questão de humanização urgente (LOM 07)!

Esses relatos mostram o sentimento de que a humanização envolve o profissional, pois, a partir do momento em que se sente numa situação “indigna”, supõe-se dificultar a ação para o paciente.

Além do mais, outras questões provocaram relato de indignação, quando, apesar da sobrecarga, os plantonistas encontraram o refeitório fechado nos fins de semana e faltava água mineral para consumo, em que ficavam:

Auxiliares e médicos com sede, quase desidratados (LOM 06).

Dentre as dificuldades de sobrecarga, há a preocupação com o trabalho do outro, e com a qualidade do serviço, pois um número insuficiente de profissionais gerava relatos como o de um médico preocupado com o trabalho da equipe de enfermagem:

Pessoal de enfermagem insuficiente em número para atender a necessidade de UTI Neonatal. O stress das carências diminui o estímulo e a qualidade do serviço (LOM 05).

Outro ponto a ser considerado, que seria mais um fator favorável à participação, é o fato do HC integrar uma instituição de ensino superior e responsável pela formação profissional de médicos residentes e acadêmicos de medicina, enfermagem, fisioterapia, entre outros. Assim o HC recebe uma colaboração importante de alunos e profissionais em formação, que participam dos cuidados assistenciais e colaboram com os avanços do conhecimento científico.

No final 2003, houve admissão de enfermeiros exclusivos para UNN e técnicos de enfermagem, registrados em fontes documentais. Até então, havia déficit de enfermeiros

exclusivos da UNN, os horários de plantões eram assistidos ou supervisionados por enfermeiros não especialistas, que assistiam também outros setores como o COB e o AC. Assim, foi aumentando o quadro de profissionais, porém, a demanda de pacientes progressivamente também aumentou. Paralelamente, houve a aquisição de novos equipamentos, como incubadoras de última geração, respiradores e monitores multiparâmetros.

Com novas admissões por concurso, ocorreram registros da dificuldade de trabalhar com superlotação e com a inexperiência de profissionais de enfermagem recém-admitidos. Associa-se ao fato, a alta especificidade do trabalho em UTINeo, no qual o profissional de enfermagem admitido por concurso público, é lotado de acordo com a necessidade do serviço. Ajustar suas experiências e especialidades profissionais ao local de trabalho, nem sempre é possível para as coordenações.

Mesmo com novas admissões, ainda foi comum encontrar relatos de falta de pessoal, chegando ao ponto de relato em LOM 08 de que tudo seria prescrito, mas diante do déficit de profissional de enfermagem, nem tudo seria feito, o que preocupou o cumprimento da assistência naquele momento, remetendo a exposição ao risco pela superlotação que, em 02-06-2005, chegou a ter 30 RNs na UNN, sendo 14 de UTI, com apenas três auxiliares de enfermagem no plantão. Permaneceram assim as dificuldades, que geraram relatos, cobrando uma projeção dos problemas, finalizados na frase:

O plantão é competente, porém impotente perante o sistema (LOM 10).

Relatos como esse, demonstram o cansaço da equipe em lidar com problemas de ordem diversa e repetitiva. Ainda naquele período, houve plantões desfalcados por enfermeiros exclusivos para UNN, gerando reclamações dos médicos em trabalhar com pessoal de enfermagem insuficiente e em parte, não especializada.

Abaixo, segue um relato de E04 que reflete a questão da sobrecarga, além da necessidade da gestão de se colocar no lugar do outro e ter um pensamento humanizado, preocupando-se com a assistência de enfermagem:

Eu sempre penso assim e gostaria que um gestor pensasse assim: “Poxa, qual é o tempo que eu levo para eu cuidar do meu filho? O cuidado básico! trocar fralda, dar alimentação, acolher ele na caminha dele, fazer todo aquele processo natural, só esse processo. Quanto tempo eu levo? Então, pensasse quanto tempo esse profissional de enfermagem precisa para cuidar de cada

criança dessa. Então se elas estão com 15 crianças, qual é a situação, qual é o nível de estresse? Qual é a assistência que esse profissional está dando? Então se houvesse um pensamento humanizado, uma comparação em relação a isso, eles saberiam o que a gente passa com essas crianças. E tentando dar o melhor, porque a gente em cima de todas as dificuldades, a gente não pode botar essas crianças em risco (E04)!

Em todo aquele período, permaneceram as ocorrências relacionadas à sobrecarga, devido à superlotação, déficit de pessoal e dificuldade para se limitar a demanda. Portanto, acredita-se que esse contexto influenciou na humanização e implementação de atitudes do MC, uma vez que em determinados momentos não se conseguia cumprir as necessidades básicas. Por outro lado, conforme o relato, sempre se procurou ofertar o melhor para evitar riscos.

4.2.3.2 Comportamento adaptativo da equipe

A equipe da UNN, na percepção de todos os entrevistados, possui atributos qualificados e sensibilizados as causas locais, portanto, sempre se investiu muito com recursos próprios materiais e imateriais para melhoria do serviço e bem estar dos pacientes. A exemplo, diante das faltas de determinados exames, ou até medicações, considerando a necessidade dos pacientes, a equipe se organizava, pedia cortesias para consultas e exames fora do hospital e fazia cotas para exames especiais.

Acrescentando, mesmo nos momentos de sobrecarga de trabalho por superlotação, a equipe se ajudava para poder cumprir com seus deveres, indo além deles em determinadas ocasiões. A superação dos obstáculos vinha principalmente através da interação e união da equipe:

Então essa interação é muito importante! Tanto para o desenvolvimento do trabalho, o desempenho do trabalho, para soluções desse trabalho. Porque uma equipe unida, ninguém sofre! ‘Eu não vou parar aqui porque terminei o meu serviço! Ou porque estou com duas crianças e você está com quatro ou cinco. Então essa interação, união, essa cooperação, esse respeito! Influencia demais no trabalho (E04)!

Ao mesmo tempo em que ocorriam as barreiras, ocorriam mobilizações em favor da humanização no berçário como a sensibilização na capa de livros de ocorrências que constam “*Os Diretos ao Silêncio*”, extraído e modificado do livro ‘Os Novos direitos da Criança-UNICEF’. Além disso, havia texto informativo sobre os níveis de ruído, extraído do manual

do Método Canguru do MS e folders sensibilizadores, nos quais estava escrita a frase em letras maiores: “*HUMANIZAR O NASCIMENTO É HUMANIZAR A VIDA*”. Como potencialidade, o amor ao trabalho é mencionado em diversos relatos:

É necessário chamar mais médicos do último concurso, para trabalhar com menos stress e mais amor, como sempre fizemos!...Amor é força da vida e trabalho vinculado ao amor é usina geradora de felicidade (capa do LOM 06).

Outro fato que potencializava as necessidades inovadoras era a parceria do serviço com os professores da UFPE, presentes em várias atividades. Um exemplo é a professora e fonoaudióloga da Pós-graduação da Criança e Adolescente que atendia diariamente os RNs, ajudando na progressão de dieta da sonda para via oral. Ainda havia a fisioterapeuta e terapeuta ocupacional que proporcionavam conhecimento a equipe e estimulava os alunos a doarem rolinhos cobertos com material lavável para auxiliar no conforto dos bebês.

O que também demonstrava a dedicação da equipe era organização de brechós. Os brechós eram uma forma de conseguir recursos financeiros, através de feira beneficente, em que se arrecadavam dos funcionários e colaboradores, utilidades usadas, além de lanches doados pelos grupos dos plantões. Essas comidas e objetos eram vendidos em um dia marcado na portaria de entrada do ambulatório, onde circulava muitos pacientes e acompanhantes que vinham para consultas. Os recursos eram destinado à compra de diversos materiais e objetos para a UNN, como persianas, caixas organizadoras e kits individuais de higiene, além da ornamentação do setor para torná-lo mais aconchegante. Assim ilustra-se na figura 15 (4) a porta de entrada da UNN com ornamentação em um final de ano:

Figura 15 (4): Entrada da UNN ornamentada



Fonte : UNN do HC- UFPE

Aos finais do ano, havia a tradição de realizar uma confraternização dos funcionários da UNN, nessa ocasião os auxiliares de enfermagem, atendentes e funcionários da higienização eram presenteados pela equipe de nível superior que se reunia e doava cota para compra dos brindes.

Nesses momentos de confraternização, havia um incentivo para superação de obstáculo e fortalecimento da equipe, que influenciava na qualidade da assistência, como citado a seguir:

Que possamos unir nossos esforços para uma melhor qualidade de trabalho, de vida e de assistência aos nossos pequenos recém-nascidos (LOM 09).

Nota-se que a qualidade de trabalho e a busca por conhecimentos científicos sempre foram valorizadas no contexto da equipe.

Por outro lado, percebeu-se que houve uma diminuição dos registros das Pautas de Reuniões Administrativas de Enfermagem (PRAE) no final desse segundo marco. Aparentemente, essas reuniões não ocorreram todos os meses conforme acontecia assiduamente há anos. O fato pode ser justificado pela falta de condições ou desmotivação temporária da chefia em manter a tradição ou pela falta de incentivo na redução de carga horária dos participantes. Assim, pode ter havido necessidade do cumprimento integral da carga-horária devido à complexidade do serviço que aumentava progressivamente o número de leitos e as exigências assistenciais.

Apesar das dificuldades, nesse marco foram registradas nas PRAE e nos LOM, várias ações que marcaram as mudanças relacionadas às propostas de humanização e potencial da equipe. Algumas delas estão listadas a seguir:

- Conforto do bebê e alívio da dor com utilização de sucção de solução glicosada durante as punções (PRAE, mar-00);
- Preocupação da equipe pela separação dos bebês das mães ocasionada pela superlotação e falta de vagas no AC (PRAE, abr-00), portanto “não deveria dar alta dos bebês sem ir para o Alojamento Conjunto”, pois o Hospital é “Amigo da Criança” e precisa seguir as orientações (LOM 03);
- Palestra “Controle da Dor no RN” (PRAE mai-00);
- Cuidados relacionados ao leite humano e amamentação (PRAE set-00);
- Rotinas de enfermagem ao RN, humanização na UNN e relacionamento com as genitoras, seus direitos e limites (PRAE nov-00);
- Massagem do bebê (PRAE fev-01);

- Humanização da Assistência de Enfermagem na UNN (PRAE abr-01);
- Controle de ruídos na UNN (PRAE nov-01 e set-02);
- Curso de Sensibilização em Humanização para o Método Canguru (PRAE out-02);
- Curso Humanização ao RN e a influência da Terapeuta Ocupacional (PRAE jul-03);
- Apresentação do Grupo GAMA (PRAE set-03);
- Manejo e Incentivo ao Aleitamento Materno (PRAE nov-03);
- Banco de Leite Humano-processo e cuidados com o leite materno (PRAE mai-04);
- Cuidados com o RN e compromisso profissional (PRAE jun-04).
- A dor no RN (PRAE jan-05);
- Dinâmica “O Abraço”, em que melhorava a interação da equipe (PRAE jan-05);
- Cuidados especiais com bebês (PRAE mar-05);
- As intervenções da Terapeuta ocupacional na UNN (PRAE out-05);
- Sistematização da assistência de enfermagem (PRAE fev-06);
- Medidas protetoras do SNC para RN de risco (PRAE fev-07);
- Treinamentos em serviços diversos como intervenção interdisciplinar (PRAE mar-07), novamente Humanização Neonatal e controle de Infecção (PRAE set-out-nov-07)

Dentre os temas listados, houve outros discutidos e apresentados nas reuniões, porém os destaques foram feitos de acordo com o interesse da pesquisa. Vale enfatizar a participação de todos nas reuniões, que era estimulada, especialmente no início desse marco.

Sintetizando, acredita-se que houve muitos avanços em relação às ações que envolvem a proposta do Método Canguru nessa fase. Esses avanços envolveram aspectos relacionados à instituição que aos poucos foi melhorando sua estrutura física para acolher os pacientes e seus familiares, aos próprios familiares que conquistaram seu acesso e sua importância, a mudança de atitude e conhecimento dos profissionais e, sobretudo, o benefício dos próprios recém-nascidos que puderam ser assistidos com mais qualidade técnica e humana.

4.3 Terceiro Marco - Após 2008

O terceiro e último marco foi considerado a partir de 2008, devido à reformulação da Portaria nº 1.683 de 12 de Julho de 2007, que contribuiu para mudança institucional, enfocando as atribuições da equipe da saúde, além dos cuidados nas etapas do MC.

Dentre os 2922 dias inspecionados de 2008 a 2015, 1061 tiveram um ou mais tipos de ocorrências. Assim, ao todo foram analisadas neste período 1773 ocorrências gerais nos

LOMs (excetuando-se os óbitos e procedimentos médicos realizados em pacientes). Observa-se um quantitativo bem superior de ocorrência em relação ao segundo marco, que obteve em 3008 dias, apenas 680 dias com ocorrência e 1112 ocorrências registradas.

4.3.1 Dimensão Instituição

A partir dos registros escritos desde 2008, percebeu-se que a diretoria, junto à coordenação da UNN, trabalhou mais intensamente no controle da superlotação, assim uma nova ação foi criada. Autorizava que os Recém-nascidos fossem colocados em listas de regulação da Central de Leitos para serem transferidos, após o nascimento, para outro hospital. Essa medida, não se tornou efetiva pela dificuldade de disponibilizar transporte e equipe para realiza-la, além de vagas.

O ano de 2008 foi marcado por muitos fechamentos de plantão pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e diretoria que eram mais cobradas devido ao ajuste de novas normas de humanização propostas pelo MC. No entanto, esse fechamento de internação só foi viabilizado de fato, devido à reforma na UNN, no mesmo ano. Na ocasião, a proporção foi maior e mais demorada, modificando espaços, com quebras de paredes e expansão das salas, assim a UTI Neonatal foi transferida para dentro do Centro Obstétrico, pois ainda havia pacientes internados sem previsão de alta.

Em 2009, as dificuldades permaneciam refletidas por queixas de falta de equipamentos indispensáveis para assistência, como respiradores mecânicos. A superlotação e a dificuldade em limitar o internamento junto a central de parto continuam sendo causas de estresse conforme relato abaixo:

É estressante trabalhar sem condições, falta de estrutura para atender toda a demanda que a Central de Parto resolve enviar (LOM 14).

Com a falta de vagas na UTINeo, a UCI acabava sendo ocupada por RNs que seriam de UTI. Para ilustrar a situação da sala principal de UCI, visualiza-se a figura 16 (4):

Figura 16 (4): UCI da UNN

Fonte: UNN do HC- UFPE

Apesar dessa fotografia ser recente, ilustra o espaço onde deveria haver somente cinco crianças, mas que desde essa época, chegava a 400% ou mais da ocupação de leitos.

Nesse cenário, houve novo surto de infecção hospitalar e pane nos equipamentos de ar condicionado que efetivou o fechamento de internação novamente por 34 dias consecutivos e em outros dias intermitentes, pois a diretoria nessa época estava sempre vigilante a situação.

No entanto, permaneciam muitas dificuldades com exames laboratoriais que eram extraviados ou com resultados incompatíveis. Há um relato em LOM, que após coletas em sete recém-nascidos, o laboratório informa que aquele tipo de exame não está sendo realizado no serviço. O fato evidenciou a falta de compromisso dos funcionários do laboratório para com o paciente, visto que não houve comunicação sobre a impossibilidade de realizar o exame. Essas dificuldades prejudicavam o andamento do serviço, pois atrasavam possíveis altas, superlotavam ainda mais o setor, separando bebês das mães por falta de vagas. Além disso, as crianças eram novamente puncionadas, sofrendo dor decorrente das coletas e os pais algumas vezes causavam transtornos, com a devida razão, pois não podiam ir embora e seu filho seria novamente exposto à dor.

A situação da superlotação e limitação de internamento em 2010 parece ter sido uma das principais ocorrências. Assim, observou-se a atuação diária da diretoria na tentativa de fechar o plantão por esse motivo, no entanto, paralelamente houve registros diários do não cumprimento pela Central de Parto, que continuou enviando gestantes de alto risco com senhas para internamento, mesmo sem ter a vaga para a mãe e para seu RN. Apenas em

Outubro desse ano, efetivou-se a limitação de internamento devido a novo surto de infecção hospitalar, associado a problemas na estrutura física, déficits por aposentadorias e greve de residentes.

Oportunamente, em Novembro de 2010, houve troca das salas da UTI e UCI. Nesse momento, a UTI passou a ocupar um único espaço com dimensão maior, onde seria possível organizar oito leitos e a UCI em outra sala anexa, onde teoricamente seriam mantidos cinco leitos. Houve a expansão de uma terceira sala, que a diretoria e chefia local na época, informaram que era para guarda de equipamentos. No entanto, após algum tempo, essa terceira sala também ficou sendo utilizada para assistência por necessidade do serviço, assim permanecendo até a atualidade. A redução dos leitos de UTI de dez para oito foi em cumprimento dos dimensionamentos de pessoal médico e de enfermagem que eram escassos:

A parte estrutural em relação ao quantitativo, na UTI realmente a gente tinha um quantitativo até maior de recém-nascidos, a gente tinha mais incubadoras, mais leitos. Depois, quando fez a mudança, se determinou que eram oito leitos. Um plantão ou outro sai um pouquinho da rotina, pode chegar a nove a dez recém-nascidos, mas o contingente de leitos são oito na UTI (E05).

Em 2011, apesar das inúmeras tentativas, fechar o internamento era algo difícil de concretizar, por superlotação. A instituição passava naquele momento uma transição, em relação à possibilidade da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) assumir a administração do hospital. Essa possibilidade causou conflitos internos, com receio por partes e esperança por outras de que a situação melhoraria.

No período, houve registros nos LOMs e nas PRAEs de frequentes quebras de elevadores, que prejudicaram a transferência de mães do quarto (4º) andar para o nono (9º). Assim, indiretamente, os fatores físicos, bem como a falta de recursos ou de providências da gestão do hospital interferiam na humanização, uma vez que separavam os bebês das mães e sobrecarregavam a UNN. Naquele momento, também ocorreu a ausência de funcionários da manutenção por falta de contrato ativo com a empresa terceirizada o que ocasionou diversos transtornos.

A frequente preocupação da separação dos bebês das mães continua sendo registrada nos LOMs, paralelamente à sobrecarga dos plantonistas. Assim, as ocorrências de superlotação imperam em todos os meses de 2011 e 2012.

Em 2012, as queixas administrativas relacionadas a materiais e manutenção assumiram proporções elevadas, ficando clara a necessidade de aumento de pessoal e mudanças administrativas urgentes. O conflito aumentou quando, apesar da falta de vagas no alojamento, a diretoria liberou uma sala no AC, para ser utilizada por outra clínica. A equipe, junto à chefia, se reuniu e conseguiu impedir a ação.

Conforme registro em PRAE, neste ano de 2012, o governo Federal liberou verba para plantões APH (Adicional de Plantão Hospitalar). Eram plantões extras, pagos aos funcionários dispostos a cobrir déficits nas escalas. Havia critérios reguladores para controle e rodízio dos profissionais disponíveis para tal. Esses plantões ocorreram até 2014, quando se iniciaram as admissões pela EBSEH.

Retornando ao final de 2012, houve várias ocorrências relacionadas à quebra de elevadores e à falta de funcionários da manutenção. Geraram transtornos, como ar condicionado inundando salas da UTI Neonatal, falta de energia e gerador na sala de parto e falta de água para lavar as mãos. Nesse intermédio houve novo surto de IH.

Em 2013, a transição da gestão do Hospital das Clínicas para EBSEH gerou a implantação de novas regras, como novo sistema de informática. No entanto, permanecia ou aumentava a insatisfação com as condições de trabalho, pois foi um período crítico de manutenção, limpeza e falta de materiais e medicamentos.

Percebeu-se um possível aumento na expectativa dos médicos de melhorias com a nova gestão, acompanhado pelo aumento das queixas nos LOMs. Frequentemente relatou-se sobre as “péssimas” condições de repouso dos médicos, em que havia colchões impróprios, lâmpadas queimadas e paredes molhadas e mofadas pelo vazamento no ar condicionado, além de banheiro com descarga quebrada.

Além de ocorrências por falta de condições de repouso, há também sobre a falta de medicações e materiais de uso rotineiro, como materiais de escritório, materiais descartáveis como fraldas, luvas e seringas. Cita-se, frequentemente, a falta de colírio utilizado em sala de parto para evitar infecção nos recém-nascidos, inclusive com relato de complicação grave em uma criança por falta da medicação, considerada de baixo custo.

Em 2014, iniciou um controle maior na portaria de entrada do prédio com a nova gestão. Devido talvez à falta de informação, os novos funcionários da portaria, por vezes, bloqueavam a passagem das mães acompanhantes de recém-nascidos da UNN, as quais estavam de alta e poderiam ir e vir, esse fato foi registrado também nos LOMs. Conforme vivenciado, também ocorreu bloqueio de pais dos bebês quando vinham ver os filhos após o

trabalho. Nesses casos, os funcionários da UNN teriam que permitir a entrada do pai, caso fosse solicitado.

Em Outubro de 2014, houve a primeira admissão de médicos da EBSEH, ainda insuficiente para as necessidades do serviço. Paralelamente, também ocorreu a admissão de enfermeiras e técnicos de enfermagem.

Conforme LOM 20, em dez-2014, ocorreu o fechamento de internação na UNN para pacientes de alto risco. Os motivos relatados foram primeiramente novos ajustes físicos necessários no ambiente, mas principalmente por escala médica incompleta, pois apesar da EBSEH ofertar vagas, devido às exigências legais da empresa, essas vagas não foram preenchidas para médicos. O fechamento de internação perdurou até fev-2015. Assim, em 11-02-2015, a internação foi reaberta com uma nova proposta de atender a pacientes de baixo risco.

Contudo, a UNN do HC até a presente data permanece com atendimento às gestantes de alto risco, mas com limitações. Esse fato pode ser justificado por várias questões gerenciais, como a falta de recursos e investimento na infraestrutura, a necessidade de compra de materiais e equipamentos e a equipe médica ainda desfalcada em quantitativo suficiente para atender o COB, AC e UNN. É certo que houve uma melhora substancial na aquisição de profissionais de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogo e psicólogo, porém os médicos ainda são insuficientes.

Apesar da limitação do plantão, ainda é frequente dias de superlotação por falta de vagas no Alojamento Conjunto.

4.3.2 Dimensão Pais e Familiares

A abertura para presença dos pais nesse marco teve um avanço importante, na medida em que as normas do MC. Além disso, a própria informação e conhecimentos científicos ajudam a abrir os caminhos pela conscientização.

Então, a partir do momento que o profissional sabe disso, então a coisa flui!
Então, não é só uma ordem médica, uma ordem da enfermeira para o técnico! É uma questão de conscientização, de sensibilização (E02)!

Apesar das mudanças radicais em relação à entrada dos pais, até hoje, há sugestões de algumas pessoas da equipe que, em casos de superlotação, poderia se limitar a entrada de pais, porém a resposta é incisivamente negativa:

Mas você ainda vê, por exemplo, superlotou. Aí uma das sugestões que eu tive é que ‘não vai poder ficar mãe aqui dentro! Pai não vai poder entrar!’ Eu disse, olhe, vai ficar menino pendurado no teto, mas a mãe não vai sair! É mais fácil a gente sair! Porque é um direito dela! A gente não pode negar um direito (E01)!

Em relação à visita de outras pessoas da família, o avanço se deu nesse marco. A visita dos avós já era permitida, mesmo na UTI neonatal. O próximo passo foi o acesso de tias ou alguém da preferência da mãe e também dos irmãos do recém-nascido.

Vale salientar que todas as conquistas vieram por vários pontos de partida, primeiro *Top-down*, como a divulgação de novas normas de visitas de pais dentro da UNN, de acordo com a portaria do MS, através da ação pública. Depois *Bottom-up*, a partir do conhecimento, empatia e sobretudo com a participação ativa dos atores. Esses atores, agora se referindo à equipe de saúde, se mobilizaram em determinados e frequentes momentos para que o processo fosse exitoso, assim, sempre houve seus investimentos na UNN para melhoria, para transformar realidades, buscando com recursos próprios ou coletivos, proporcionar uma atenção cuidadosa, que colaborasse com o acolhimento dos RNs e seus familiares, demonstrando empatia, em que as pessoas se sensibilizam e se põem no lugar do outro a exemplo de momentos explicitados a seguir:

A partir daí eu comecei a pensar: poxa! eu também sou tia, se tiver um sobrinho meu internado e eu não puder ver meu sobrinho e entrar! E via muitas mães pedirem para uma madrinha, ou os irmãos menores. Foi quando agente abriu aqui para os irmãos menores entrarem com pré e pós consulta do psicólogo e pelo menos uma vez na semana, a mãe, quem ela quiser, pode visitar o bebezinho dela. Hoje os irmãos têm visita programada, pois tem outras crianças passando mal, crianças com tubo, e isso pode ficar no imaginário delas. Hoje tem uma pré consulta com a psicóloga, onde ela entra, vê o ambiente com está, prepara a criança e a criança vem e depois ela tem uma pós consulta, para ver o que ficou na cabecinha dessa criança, para não ficar com nenhum trauma (E01).

Portanto, hoje é permitida a entrada dos pais livremente 24h; avós em horários de visita; tios, madrinhas, amigos em um dia programado; e irmãos independente da idade,

também em um dia da semana programado, no caso se for criança irá receber o acompanhamento psicológico com pré e pós consulta.

Agora a gente realmente acolhe o pai a mãe, acolhe um tio, seus familiares. Aproxima dessa criança! Estimula essa família a ter um carinho maior ou a importância desse carinho dessa proximidade principalmente da mãe e do pai. Realmente antes não tinha! Não me lembro de ter (E04).

Todo esse processo de acolhimento é reconhecido como importante, pois o bebê é visto dentro da família, como um cidadão que tem um núcleo familiar, que não pode ser negligenciado. Acrescentando, a mãe que participa dos cuidados, protege o RN de infecções, pois o bebê adquire defesas naturais imunológicas contra infecções através da mãe, além de ajudar na vigilância quando há superlotação. Contudo, a presença e participação dos pais são vistas por todos os entrevistados como benéfica. Pela experiência dos atores locais, o bebê fica mais ativo e se recupera mais rápido e os pais ficam mais tranquilos, informados e colaboram com o serviço.

4.3.3 Dimensão Equipe de Saúde

Nesse período, considera-se presente o conhecimento das normatizações do MC e das ações do Ministério da Saúde intencionadas a melhorar a qualidade no SUS, para que a saúde fosse vista de uma forma integral, com os aspectos subjetivos e humanos. Por outro lado, observa-se que, principalmente os trabalhadores, “enxergam” que as diretrizes da humanização voltam-se apenas para o usuário, pois é onde está a maioria das intervenções.

4.3.3.1 Influências no processo de trabalho e humanização ao longo do terceiro marco

Em 2008, nova regra foi estabelecida em prol da amamentação na sala de parto. Assim, a chefia reforça que todos os RNs deveriam ser colocados no seio materno ao nascer, mesmo sem o resultado do teste rápido de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana). Sobre essa conduta, há relatos de plantonistas solicitando repassar para toda equipe, pois houve resistência de partes em cumpri-la pela falta de informação.

Em 2009, questionou-se nos LOMs, sobre o retardo na saída dos bebês da UNN devido à resistência dos funcionários do AC em receber RNs em tratamento de antibióticos endovenosos. Nesses casos, os bebês mesmo estando em condições clínicas de ficar ao lado da mãe no AC, ficavam na UNN separados das mães, porque os funcionários da enfermaria reportavam não serem capacitados para administração de antibióticos endovenosos. Esse fato não justificava, pois sobrecarregava a UNN, vale salientar que em outros hospitais a prática de administrar antibióticos em RNs na enfermaria já ocorria naturalmente.

A UNN é reconhecida pelo acolhimento de RNs sem medição de esforços, isso ocorria tanto na realização de antibióticos, como nas punções, como nas ocorrências a exemplo de 17-09-2009, em que faltou energia a noite toda e os bebês do AC em fototerapia foram todos para o berçário, pois lá possuía gerador. Outro acolhimento que ocorria era a admissão de pacientes externos. Esses bebês não deveriam ir para UNN do HC, pois seriam externos, acompanhantes de mães transferidas após o parto. No entanto, nas intercorrências, ou impossibilidades deles ficarem com as mães, acabavam indo para UNN, mesmo contra as normas visto estarem com fome, doentes ou desabrigados.

Em 2010 e 2011, diante dos déficits na manutenção e estrutura física do hospital, percebe-se a insatisfação dos médicos em relação às condições ambientais de repouso e trabalho insalubre. Além disso, havia desentendimentos com a CP e desabafos de extremo cansaço físico, como a exemplo seguinte:

Registro fato histórico completamente divulgado: péssimas condições de alojamento médico, com desrespeito aos profissionais (LOM 15).

A Central de Parto não respeita o fechamento de internação... Frequentemente ficamos expostos à agressividade e falta de educação e ética de 'colegas' reguladores da CP, fui destrutada em tom agressivo (LOM 16).

É inconcebível serviços forçados a receber paciente sem capacidade para prestar o serviço necessário. Quando a demanda for espontânea é tarefa do neonatologista procurar vaga em outro serviço??? (LOM 16).

Que plantão!!! Só a misericórdia de Deus a nos ajudar com 41 RNs para evoluir, sala de parto e plantão das 13h às 19h só com um neonatologista (LOM 16).

A humanização no período enfrentou desafios a partir do momento em que houve dificuldade em cumprir as obrigações de rotina, como o desabafo anterior no LOM 16, que leva a crer que a equipe encontrava-se no limite do estresse físico e mental.

Esses últimos relatos se concentraram a partir dos LOMs. Em relação aos registros documentais de reuniões, das PRAEs, como já foi citado no segundo marco, parece ter havido uma regressão de assiduidade desde 2006, piorada a partir de 2009 com apenas dois registros. Em 2010, encontrou-se uma reunião registrada, 2011 não há registros e 2012 há apenas dois registros. Como nos últimos anos, o registro estava sendo realizado em folhas avulsas, acredita-se que algumas folhas de registros possam ter se extraviado, mesmo assim, admite-se que houve realmente uma queda na frequência de reuniões, que poderia ser objetivo de outra investigação. Acredita-se que a falta de incentivo por desconto de carga horária e as próprias dificuldades do serviço tenham desestimulado a equipe para cumprir tais encontros com assiduidade.

As reuniões administrativas de enfermagem em 2013 e 2014 tinham previsão de ocorrer em periodicidade de dois em dois meses, porém mesmo sem o devido sucesso na assiduidade, elas trataram de temas importantes como o ‘protocolo de prevenção de lesão de septo nasal em RNs prematuros’. Atualmente, observa-se que há uma tentativa em retomar a assiduidade das reuniões, uma vez que há um reconhecimento por parte de toda equipe sobre a importância desses encontros que pode ser exemplificado na fala a seguir:

Todo período vai chegando gente nova e eles ainda não estão ainda capacitados. Existe aqui no HC cursos de capacitação para que toda equipe ela trabalhe de forma uniforme. Tem as reuniões e os treinamentos, tem os estudos de caso que são passados para gente. Então isso vem fortalecer e tirar algumas dúvidas... Hoje em dia as reuniões são mais científicas, onde as enfermeiras, as residentes de enfermagem, os próprios médicos, trazem coisas novas para gente, em relação à assistência, à observação das patologias, então isso é muito importante, que não vemos no dia a dia (E03).

Ainda em 2013, as dificuldades com a nova gestão foram registradas frequentemente, as queixas de péssimas condições de repouso influenciaram para que a chefia fizesse a pintura do quarto de repouso com recursos próprios.

Por outra parte, havia neste contexto o reconhecimento da equipe relacionado aos esforços de outra categoria profissional, conforme relato:

Louvo a atitude das enfermeiras que ficam ajudando as auxiliares e técnicas de enfermagem nas tarefas que não são suas, por uma boa parte da noite, devido à sobrecarga do serviço (LOM 17).

Em 2014, a situação foi relatada nos LOMs, por atores locais como “insustentável”, pois ainda havia poucos médicos e a quantidade de pacientes só aumentava. O tratamento no

refeitório e repouso continuava “péssimo”. Houve muita falta ou defeito em equipamentos que não recebiam manutenção.

As ocorrências por diante descrevem principalmente a necessidade de valorização profissional, pois novos olhares são lançados por profissionais recém admitidos pela EBSEH, com características mais jovens e com perfil diferenciado. Eles relatam com estranheza a situação estrutural “desrespeitosa” do hospital para com o profissional. Há muitas reivindicações e reclamações da não aceitação do tratamento recebido, principalmente em relação ao repouso sujo, sem lâmpada, com descarga do banheiro quebrada e ar condicionado com defeito, como relato a seguir:

A equipe dormiu na sala de evolução! Este é o valor que os profissionais deste serviço tem! Nenhum. Não somos levados a sério em nossas reivindicações, somos desrespeitados (LOM 20)!

Diante da situação, a equipe médica foi reclamar na ouvidoria, como resposta obtida: “havia outras prioridades no hospital”. A solicitação de melhorias e a descrição dos profissionais de uma situação repugnante de trabalho e de repouso, não foi assim percebida pela ouvidoria e gestores do hospital:

Do descaso-desrespeito à humilhação! A história dos médicos do HC-UFPE...Resumo da situação, O HC desconhece o significado da importância ‘cuidar do cuidador’ (LOM 20)!

Devido à situação não compreendida, a equipe médica toma atitude como denúncia no Conselho Regional de Medicina conforme encontrado registro em LOM, no entanto, os resultados decorrentes dessa denúncia, não foram explanados.

4.3.3.2 Comportamento adaptativo da equipe

Mesmo com toda problemática de um setor público específico que envolve condições de trabalho insatisfatórias, houve determinadas ações dos profissionais de saúde da UNN do HC que visaram proporcionar benefícios ao paciente e ao serviço ao longo dos anos.

Em todos os períodos, os funcionários da UNN se empenhavam em benefício do RN, em caso de necessidades indisponíveis no serviço. A equipe colaborava com seus pares e com o serviço. Esporadicamente, em solidariedade, eles vinham fora do horário de trabalho para

evoluir ou transportar paciente. Outra colaboração que ocorreu durante a falta de funcionário da manutenção foi a disponibilidade de realizar limpeza de equipamentos de ar condicionados pelo fisioterapeuta que integrava a equipe.

Além disso, sempre que possível, ocorria e ainda ocorre a compra individual ou por cotas de materiais, medicamentos e até fraldas descartáveis em períodos de faltas. Para esclarecer melhor, é verdade que a compra de materiais e medicamentos são de responsabilidade do hospital e não dos funcionários, mas quando ocorrem as faltas, a equipe geralmente não se conforma. Além de cobrar a compra pelos setores competentes, sempre há a percepção de um senso de colaboração muito grande da equipe, que valoriza a necessidade dos pacientes, o andamento do serviço e a qualidade da assistência.

Essas ações remetem a uma “nova esperança” em melhorar o serviço da UNN, a partir também da admissão de novos funcionários pela EBSEH, melhorando e aliviando a sobrecarga dos servidores com maior tempo de serviço. Há registro de uma reunião marcante que ocorreu no final de 2014, nela há a participação de funcionários de todas as épocas, inclusive recém-admitidos e outros em processo de aposentadoria, conforme ilustra-se na figura 17 (4):

Figura 17 (4): Participação da equipe em reunião



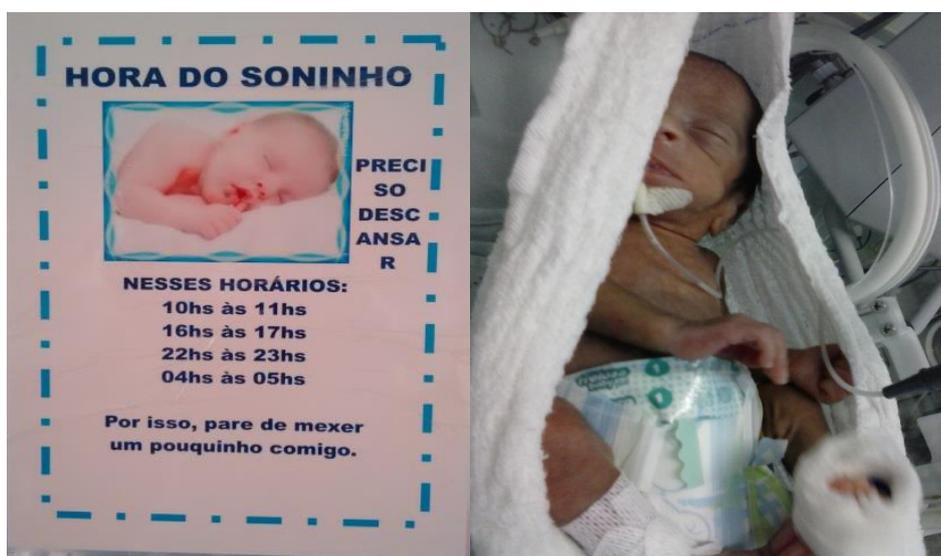
Fonte: UNN do HC- UFPE

No momento dessa reunião, refletiu-se a dinâmica de equipe em “rede”, onde todos trabalham para apoiar uma causa, que é a vida dos recém-nascidos. Contudo, um depende do outro para que a rede se mantenha interligada e firme.

Conforme registros em PRAE, em 2014 houve o incentivo ao apoio de colocar mais o RN no colo da mãe, assim como chamar mais as mães para amamentar, além de reforçar cuidados com a pele e o conhecimento sobre os cuidados paliativos.

Houve também a implantação da “Hora do Soninho” na UNN, em que é reservada uma hora, três vezes por dia, para não manusear o bebê, exceto em casos de urgência. Além disso, ocorre na UNN a utilização de redinhas improvisadas que visam aconchegar o RN prematuro de forma que se sinta bem. Conforme ilustra-se na figura 18 (4) seguir:

Figura 18 (4): Hora do soninho e aconchego em redinha



Fonte: UNN do HC- UFPE

Assim, é confirmado pela E05 que essas ações favorecem o RN:

Em relação aos recém-nascidos, a gente faz também a hora do soninho, o posicionamento, tenta escurecer, diminuir iluminação, mesmo a noite agente faz essa parte do soninho, onde diminui (o manuseio) pra que eles possam melhorar e estruturar melhor o organismo (E05).

A orientação da hora do soninho e a utilização de várias ações criativas buscam ofertar conforto e bem-estar ao RN, outros exemplos podem ser citados: telas protetoras de

insetos, rolinhos acolhedores, redinha improvisada com compressa cirúrgica e banho de ofurô. A seguir na figura 19 (4), ilustra-se o banho de ofurô em um RN em estado de abandono que foi acolhido e cuidado pela equipe:

Figura 19 (4): Banho de ofurô



Fonte: UNN do HC- UFPE

Ainda em relação às ações da equipe, havia ocasiões que exames especiais e medicações eram proporcionados pela própria equipe, que realizava cotas, ou conseguia através de gentileza e cortesia de pessoas conhecidas. Inclusive a pintura das paredes, as torneiras das pias, com fechamento a toque de cotovelo, várias vezes foram financiadas pela chefia da UNN em períodos de recursos escassos. Materiais como porta de vidro do corredor e entrada, pilhas, relógios de parede, quadro com informações úteis e adesivos especiais também são exemplos de materiais doados individualmente ou por cotas. A equipe sempre utilizou a criatividade e improviso para superar dificuldades. Na percepção da maioria dos entrevistados, principalmente os envolvidos diretamente com a assistência houve muitos investimentos da equipe para melhoria do serviço, sejam materiais ou não. Conforme relatos:

Com certeza! Todos se empenharam, até financeiramente... Pintura do berçário anual com tintas especiais (nome do E 08)... Fotos dos recém-nascidos identificando o seu leito... Cobertores para incubadoras com bloqueadores solares (E 05).

Houve investimento no serviço como um todo pela equipe: a copa, seus móveis e utensílios foram todos comprados pela equipe... colchão para o repouso comprados... (E 04).

Se fazia brechós para arrecadar fundos para investir na unidade hospitalar, (nome do E 08) comprava tintas e pedia ou trazia funcionários para fazer as mudanças de cores em tons suaves, mantendo o lugar seguro e limpo, que ao olhar, sentia prazer em trabalhar (E 03).

De tudo já foi investido para melhoria, principalmente por (nome do E08): resistência de chuveiro para banho morno do bebê, material de ferragens, esparadrapos especiais para não ferir a pele do bebê tantas e tantas vezes se comprou, muitas doações por todos, por (nome da E01), pelos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem (E02).

Muita gente, a maioria já investiu na UNN, inclusive estava virando uma rotina: o (nome do E08), o dinheiro dele era dedicado à compra, a porta de vidro foi cota da equipe, até o aluguel de frizer para evento!... pintura de quarto de repouso... Com a publicação e venda de Normas e Rotinas médicas em que todos escreveram um capítulo, o dinheiro foi revertido para aqui dentro, houve ajuda a família mensalmente...remédios que se compra direto... Brechós que se vendia comida, cota conforto (E 01).

Todas essas ações de investimento, explicitadas acima, configuram-se como mobilizações sociais que colaboram para mudanças, ou seja, essas pessoas tornaram-se agentes de mudança em prol da manutenção de uma boa qualidade de assistência e do bem-estar dos pacientes, configurando-se assim influências *Bottom-up*.

Contudo, houve muitas mudanças ao longo dos anos, dos cuidados e estruturais A opinião de E07, demonstra o reconhecimento de um trabalho diferenciado e cuidadoso que é prestado a esses pacientes:

São pessoas que são os anjos! Que estão ali dentro e que protegem esses pacientes! Porque para aguentar trabalhar sem condições, e dar ainda a qualidade que dá a essa família! Que são famílias que não têm, que vêm de longe. Então eu acho que são heróis! São heróis! Essas pessoas são heróis! Aqueles que gostam de trabalhar com os recém-nascidos e com a família são heróis (E07)!

Pode-se considerar que todos os cuidados técnicos e humanos prestados a essas crianças, por recomendação de uma política pública e por resultado de um trabalho árduo, são extremamente válidos. Existe um reconhecimento evidente, de que vale a pena investir na recuperação desses RNs, mesmo parecendo impossível, principalmente quando se vê retornos positivos de crianças que muitas vezes são o orgulho e o bem mais precioso de suas famílias.

5 Análise dos dados sobre as percepções

No capítulo anterior, foi efetivada a investigação e contextualização histórica do estudo, abordando os acontecimentos da UNN em uma linha de tempo destacada em três marcos históricos. Nesse capítulo, será realizada a análise das percepções dos atores entrevistados sobre as características do Meio Inovador, sobre a ausência da enfermagem Canguru no HC e sobre a qualidade do serviço.

5.1 Meio Inovador

O Meio Inovador, conforme apontado por André e Abreu (2006), refere-se onde ocorre a Inovação Social. No entanto, vale ressaltar que o meio não compreende apenas as questões territoriais, abrange um contexto amplo, que envolve questões como as sociais, culturais e políticas. De acordo com esses autores, o meio inovador possui três características principais relacionadas: a diversidade, que é essencialmente a aceitação a novidades externas; a tolerância, que remete a postura de risco e a participação que envolve a democraticidade das decisões. Dessa forma essas características serão analisadas no contexto do HU que é o lócus desse estudo.

5.1.1 O Embasamento científico como alavanca para aceitação de mudanças

Em relação à ‘Diversidade’, foi perguntado aos entrevistados sobre a aceitação da equipe local de novidades externas, representadas por novos saberes, valores ou produtos e sobre a resistência a mudanças. Como respostas, houve a percepção unânime que a equipe aceita bem as novidades externas, desde que venham com embasamento científico e comunicação eficaz.

Para E01, a aceitação da inovação depende de como ela é apresentada, sendo assim, há o reconhecimento do profissional que aceita e reconhece o benefício. Portanto, há uma mudança de atitude a partir de uma construção com a equipe, com evidências científicas e de acordo com a realidade. E04 e E08, no mesmo sentido, percebem que a equipe aceita a mudança, se realizada de forma sistematizada, informada, bem esclarecida e dependente da base científica. Então, a resistência depende da fundamentação do conhecimento:

Se você apresenta esse produto, esse valor novo em uma capacitação, ele sai muito estimulado e até agradecido. A maioria deles, a gente vê mudança de atitude, agora se você pega isso e empurra de goela abaixo, 'a partir de hoje vai ser assim! Desta forma!' (faz gestos negativos)... Então eu acho que tudo é uma construção com a equipe, não é uma coisa que tem que vir de cima para baixo não! A gente tem que construir com a equipe, com parceria, mostrando todas as evidências, vê com a equipe o que é melhor e aplicar a nossa realidade (E01).

Acrescentando, E02 destaca que, para auxiliar na mudança de atitude e aceitação de novidades, utiliza-se na UNN a perspectiva problematizadora. Nesse caso, os sujeitos refletem com empatia sobre o problema e a solução, evitando decisões verticalizadas. Por outro lado, a mesma concorda que existe resistência a princípio que são influenciadas pela superlotação e suas repercussões, mas são combatidas pela sensibilização da equipe, com reuniões e discussões:

E uma coisa importante, é que a gente aqui trabalha dentro de uma perspectiva problematizadora, que no momento que a gente joga o problema e pergunta as pessoas: O que é que você acha? O que nós poderíamos fazer para melhorar isso? Então isso é uma perspectiva problematizadora! Onde os sujeitos, envolvidos com o processo, vê o problema, acha a solução e a gente tenta implantar. Nunca deve ser uma ordem verticalizada de cima pra baixo!... Tendo em vista a gente está trabalhando ainda com deficiência, com superlotação, tudo isso e suas repercussões. A gente tem resistência principalmente com os mais antigos, mas a partir do momento que a gente se sensibiliza que a gente se realmente discute, é mais fácil implantar! Tem que sentar! Se você não sentar, se você soltar a mudança! Pregar ali! Você pode escrever que é zero! Tem que ter reunião! Tem que ter discussão (E02)!

E03 acredita que o profissional tem que se adequar e confiar que o conhecimento que está sendo repassado é embasado cientificamente. Mas, reconhece que ele mesmo é questionador e só aceita as mudanças com a devida comprovação e condições estruturais para implementação. E05 enfatiza, além da questão do estudo, a comunicação. Reconhece, assim como E06, que há um retardo para implantar as mudanças no HC, mas que há um empenho local grande, bem como poucos casos de pessoas resistentes na equipe.

Eu acho que todo profissional ele tem que se adequar! Porque ninguém traz um conhecimento, onde não já foi testado, onde se precisa provar uma coisa. (E03)

É só uma questão de comunicação! Eu não vejo problema em relação a isso, mas precisa de comunicação. Se está bem lá fora, a gente implanta aqui, como várias coisas foram implantadas. Às vezes, a gente vê, que demora um pouquinho mais as coisas aqui, mas não quer dizer que não seja implantado, mas acho que está aberto (E05).

Por outro lado, E07 reconhece que a aceitação depende também da afinidade, da empatia do profissional com a causa. De pensar naquela criança como se fosse um filho, reconhecendo que algumas pessoas mudam após a maternidade.

Você também poderia trazer a coisa pra si. Então essas pessoas que tomavam conta do filho dos outros e olhando que poderia ser seu filho, essas pessoas tinham outra forma de ver e aceitava bem mais fácil essa mudança. Inclusive teve gente mais fechada, que depois que tiveram filhos a gente percebia ‘como aquela pessoa mudava o cuidar antes e cuidar depois, ficava diferente!’ Porque agora era mãe e sentia tudo na pele no filho dos outros também (E07).

E04 e E05 também percebem essas mudanças de atitudes após a maternidade. Nesses casos, vale salientar que o profissional mesmo sem filhos pode ser excelente ou aquele com filhos não possuir atitudes “dignas” de humanização. No entanto, é percebido casos de pessoas que tornam-se mais sensíveis após se colocarem “no lugar do outro”.

5.1.2 A Postura de risco inserida no próprio trabalho e a busca por apoio da gestão

Outra característica relacionada ao meio é a ‘Tolerância’ que remete à postura de risco. Acredita-se que, para inovar, é importante assumir uma postura de risco, evitando apenas o cumprimento de normativas e regras. Acrescentando, o apoio da gestão é discutido nesse item, pois contribui para o entendimento da rigidez local.

A dificuldade de inovar em um serviço público “engessado”, que dificulta o andamento dos processos, foi relatada nas entrevistas de E01 e E02. Acrescentando, ambos reconhecem que a equipe, em média 70% das pessoas da UNN, tem postura de risco, que “no HC isso é imprescindível” (opinião de E02).

No entanto, o “engessamento” remete ao cumprimento de normativas que dificultam o processo. E01 exemplifica que houve momentos com recursos financeiros disponíveis, os

quais foram perdidos, uma vez que a gestão hospitalar não conseguiu cumprir as exigências administrativas documentais para receber a verba ou não se empenhou para tal, apesar da necessidade:

Mas a gente tem recursos, tem a Rede Cegonha aí para ajudar, mas falta aproveitar esses recursos. O dinheiro volta! O dinheiro vem e volta porque não foi feito, não foi implantado (a segunda etapa do Método Canguru) (E01).

Sobre a gestão, E03 percebe que a gestão precisa ser mais trabalhada, pois sabe que as mudanças dentro de um hospital é um processo difícil, concordando com E01 que percebe que às vezes há um despreparo dos gestores, que não são administradores hospitalares de formação, são profissionais competentes em suas áreas, porém não preparadas para a gestão de um hospital de grande porte. Acrescentando, refere que houve uma negligência, que inclusive culminou com a falta de insumos:

A causa (da falta de insumos) não é só superlotação, é uma consequência de gestão, que foi muito negligenciada nesses anos aqui no HC. Geralmente, a escolha é de médicos gestores, que não são preparados para serem gestores, era professor, médico e não uma pessoa preparada para administrar um hospital, um administrador hospitalar. Falta também de investimento nos hospitais universitários. Isso culminou agora com essa questão de falta de insumos, isso atrapalha muito estressa muito o profissional, pois quer fazer a coisa como aprendeu tecnicamente e você não consegue fazer. E também a segurança do paciente, a qualidade da assistência, então isso interfere muito em tudo, inclusive na humanização (E01).

E05 afirma que poucos têm essa postura de risco, apesar do trabalho representar um risco constante. E04 não quis opinar sobre a gestão, mas acredita que já houve épocas com mais postura de risco:

Eu acho que já se foi mais dinâmico, já se teve mais postura de risco. Eu não sei se o próprio sistema, sei lá, toda conjuntura social tem trabalhado não só a questão da gestão, mas de quem tá chegando também! De enfrentar mais, de brigar mais pela causa! Eu acho que já passamos uma fase boa nisso. Já se teve mais, agora está mais cauteloso. ‘Mandou estou fazendo, não quero me envolver nisso ai, eu não posso!’ E infelizmente está crescendo isso! ‘Eu não concordo, eu não questiono, eu não chego para falar’, mas eu fico aqui insatisfeito, trocamos em miúdos e a coisa não vai se resolvendo (E04)!

O fato relatado acima, da cautela e obediência, pode estar associado à atualidade, em que há uma nova gestão da EBSEH, que é considerada mais reguladora. Com isso, muitos novos funcionários foram admitidos. Outro ponto é que alguns desses novos funcionários possivelmente tenham um perfil e experiência de serviços privados que preconizam o padrão e seguimento de normas.

E05 reflete que o próprio trabalho e expertise dos profissionais da UTINeo já representa um risco. Nessa linha de reflexão, o risco pode estar relacionado ao MC até no manuseio do recém-nascido grave de UTI, que em momentos estáveis deve ter a oportunidade de ir ao colo da mãe. Nesse caso, há profissionais cautelosos, com posturas mais conservadoras que evitam manusear o RN.

Esse manuseio é indicado e incentivado por uma novidade externa recente, fruto de outra pesquisa vigente na UNN do HC que ainda não foi concluída: a 'IHAC Neo'. A IHAC Neo é o Hospital Amigo da Criança específico para prematuros, diferente da IHAC padrão que envolve todos os RNs prematuros ou não. Assim, E07 reconhece que há profissionais que enfrentam os riscos:

Eu estou com pesquisa dentro, que é a implantação da iniciativa Hospital amigo da criança específica para prematuro (IHAC NEO), é um estudo multicêntrico... Então isso está acontecendo, um bebê que estava entubado já começava a ir para o colo da mãe. Então tem profissionais que não tem medo não. Não fica assustado em tirar o bebê mesmo grave para ir para o colo da mãe, quando ele tenha condições de ir, mesmo com todos os fios, com todas as sondas, com tudo que tiver. Então a IHAC NEO vem pedir isso para um prematuro e o pessoal assim tem trabalhado (E07).

E08 admite ter uma postura mais conservadora por proteção ao paciente. No entanto, concorda que em determinados momentos é necessário uma postura de risco.

5.1.3 A participação com seus valores democráticos

A participação é apreciada no embasamento das estratégias da Política Nacional de Humanização - *HumanizaSUS*, do MC, assim como na Inovação Social.

Considera-se que, no ambiente hospitalar, para os profissionais perceberem seu papel no processo da humanização, é necessário estreitar relações interprofissionais, estabelecendo um processo educativo que valorize a participação, a escuta, a criatividade e a empatia.

Na opinião dos entrevistados da UNN do HC, sempre há tentativas de realizar uma gestão participativa. E01 procura trabalhar com gestão participativa, visando resultados. Apoia a intervenção dos trabalhadores, informando que quem está na ponta é quem sabe os acontecimentos e as dificuldades que está passando.

E07 e E08 contribuem informando que existem pessoas que não gostam muito de trabalhar com crianças, mas na UNN a maioria das pessoas que lá trabalha gosta de participar e tem devoção, amor e dedicação ao que faz.

A equipe de uma maneira geral, ela se interessa, é uma equipe muito boa! Apesar de que, como em todo canto, tem pessoas que são do contra, que não aceitam. Mas com tempo, é que a pessoa vai aceitando, é que a pessoa se interessa (E08).

Como dificuldade para participação das pessoas, há justificativa como a sobrecarga de trabalho, que reduz o empenho destas em participarem dos processos. E03 reconhece que as reuniões são importantes para praticar a gestão participativa, uma vez que nessas se resolvem os processos de uma forma mais concisa. E05 percebe que as pessoas na UNN são participativas, apesar da maioria ser crítica até a absorção e adaptação as mudanças.

Salvo as exceções, que são aquelas pessoas que estão mais relutantes para mudanças, mas a maioria é participativa nas mudanças, porque na maioria nós somos críticos, a gente vai fazendo e depois vai absorvendo e depois vai se adaptando. Porque a gente sabe que tudo em prol do recém-nascido e da sua família (E05).

No entanto, E4 reconhece que já houve momentos bem melhores em relação à participação, em que as reuniões regulares conscientizavam as mudanças e favoreciam o sucesso destas.

5.2 A ausência da enfermagem canguru e a qualidade da atenção na UNN do HC

Nessa seção, citam-se os diversos pontos positivos e negativos que influenciaram a não implantação da segunda etapa do MC no HC na percepção dos profissionais. Essa compreensão é importante, pois, sendo um Hospital Universitário reconhecido como um dos hospitais públicos mais qualificados da região, a não implantação dessa etapa causa sentimentos negativos para a maioria dos envolvidos, que justificam principalmente a falta de um “olhar com carinho para a causa”, a falta de apoio, vontade e motivação da gestão, conforme algumas falas.

Assim, em relação aos sentimentos, foi relatado que a frustração foi percebida frequentemente pelos entrevistados, pois, ao longo dos anos houve muitas tentativas, por determinadas pessoas que assumiram a coordenação local, porém sem êxito até a atualidade. Foi considerado por E08 que, como um serviço universitário, seria até “obrigação” o HC ser o primeiro, no entanto ainda não o fez. Assim como E08, a frustração também foi relatada por E01, E02, E05 e E07. Apesar disso, nota-se que a necessidade de superar desafios vem da persistência de pessoas da equipe, que não se entregam as dificuldades:

Frustração, mais eu não desisto não! Eu gosto de desafio, você vê esses anos todinhos, tantas dificuldades que agente já viveu e se eu tiver um pontinho de esperança, pra mim já é tudo, então eu já vou atrás brigar! Então eu acho que gosto muito de desafio, adoeço até por conta dessas coisas, mas é da natureza mesmo (E01).

Outro relato comum foi de tristeza, uma vez que não há uma compreensão certa do porquê de outros hospitais escolas, em estados do Nordeste, funcionarem tão bem, conforme informou E02:

Ao passo que no ano passado eu fui visitar um hospital escola também de universidade e as coisas estavam funcionando tão bem! E o negócio aqui é travado! Dá vontade de chorar! Não precisa dizer mais nada (E02).

Tristeza, pois quando eu saí do curso, eu achava que iria ser a enfermeira do Canguru. Porque a gente abraça de uma forma e acha tão bonito (E05)!

Enquanto uns ainda têm persistência como já informado anteriormente por E01, outros como E04 demonstram além da tristeza, a desesperança de uma breve implantação da segunda etapa do MC:

Tristeza! É, eu fico muito triste, pois eu acho que nós poderíamos ter isso aqui. Depois de muito tempo, tivemos luta, muito entusiasmo... e o que faltou, ficou na metade do caminho. É uma pena! Eu tenho pena porque eu estou saindo daqui uns dias (aposentadoria) e não estou vendo isso no HC. E também não sei se meus colegas que vão ficar, vão ter isso tão logo! Pois pelo que eu percebo, acho que vai se caminhar muito ainda, o caminho ainda é muito longo (E04).

Além da perspectiva negativa de E04 sobre a implantação, percebe-se também por E07 certa “pena” e “revolta” com a situação crítica da saúde pública e da Universidade:

Eu tenho uma pena. Não só do método canguru, mas da Universidade. O tempo da gente vai passando, aí e a gente vê que as coisas, o antes e o agora, ao invés da gente ver melhorias, eu só vejo declínio. Então na idade que eu estou agora é meu sentimento, às vezes meus olhos se enchem de lágrimas ...então a coisa vem decaindo isso me dar um sentimento de frustração danada, revolta e descaso com a saúde principalmente a do pobre (E07).

Vale ressaltar que, no processo de tentativas de implantação do MC, a coordenação da UNN se esforçou em determinadas ocasiões. Como exemplo, foram realizados vários projetos fundamentados, com os devidos levantamentos de custos, mesmo assim não houve efetividade.

Ao passo que, foram realizadas várias adequações, através de ações que ajudaram a apoiar a implantação da segunda etapa da MC no HC. Por exemplo, foi selecionada uma enfermaria no Alojamento Conjunto de uso exclusivo para prematuros com melhores condições clínicas, mas que não poderia ser considerada Canguru, pois os RNs só iriam para lá próximos da alta. Essas ações são consideradas investimentos de uma equipe disposta a inovar, porém ainda não foram suficientes para efetivar a segunda etapa, como relatado a seguir:

Fez de tudo e não consegue, primeiro, o espaço físico, depois veio a questão dos recursos humanos muito escassos e para driblar isso aí, agente mandava os bebezinhos sem sonda para o AC, separou uma enfermaria, que seria a enfermaria dos bebês prematuros... mas os bebês já iam sem sonda, que não é a segunda etapa do Método. A gente tem muito medo de mandar esses

bebês e não ter a mesma vigilância que deveria ter numa enfermaria canguru (E01).

Outras ações, que podem ser consideradas investimentos, foram os Cursos e Treinamentos de muitas pessoas da equipe, além disso foi treinada toda equipe com cursos de Aleitamento Materno; foi financiado uma viagem para que as chefias da equipe fossem treinadas em outro hospital universitário, em São Luiz do Maranhão, relatado por E01 e E02. Há o reconhecimento que de fato houve incentivos para o MC, mas que a assistência humanizada é para todos os bebês, não só para os prematuros:

Em relação ao Canguru, houve sim o incentivo, preparo, expectativa muita! Agora travou e nós estamos baseados só na assistência humanizada que para mim é uma necessidade independente de Canguru ou não (E04).

Acrescentando, houve a admite recente de mais profissionais para UNN, que apesar de ainda não ser considerada suficiente, visto a demanda de pacientes também ter aumentado, mostra uma realidade bem diferente da existente anteriormente.

Outro ponto que favoreceria a implantação, mas que não é entendido por E01 e E06, é que a segunda etapa do MC não é considerada de investimento financeiro alto, pois não são necessários muitos itens ou recursos de alto custo.

Não é caro, é uma coisa barata e boa que vai trazer muitos benefícios. Em relação à estrutura é uma questão de ver melhor, de olhar melhor a situação, aí fica botando dificuldade em tudo! Eu não consigo entender realmente. Eu acho que precisa melhorar bastante (E06).

Por outro lado, como justificativa para não implantação da segunda etapa do MC, houve percepções variadas. A principal justificativa citada foi à falta de interesse, apoio e vontade da gestão do hospital.

Foi o apoio da gestão! Sempre as pessoas ligadas à saúde maternal infantil, nós é que sempre corremos atrás! Para estar implantando essas estratégias. Então a nível de estrutura, é uma estrutura muito engessada, da própria universidade, pra se implantar as estratégias (E02).

Conforme relato acima, além da questão administrativa ligada à gestão, ressalta-se também a própria estrutura do serviço público, que é engessada pelos protocolos burocráticos.

Além disso, houve percepções relacionadas ao espaço físico que não se conseguiu estruturar e a falta de recursos humanos suficientes. Por outro lado, a percepção também se voltou para a resistência e falta de objetivos da própria equipe, que remete a pouca postura de risco, por não juntar forças e por medo de aumentar a sobrecarga de trabalho, conforme relatos:

Eu acho que faltou um pouquinho da gente juntar as forças! Da vontade de ‘querer fazer’. Porque quando a gente quer fazer a gente faz! Quando eu cheguei do curso, a gente chegou com muita vontade de implantar e isso (E05).

Na minha percepção, o embate era que os profissionais apesar de quererem, de entenderem que era bom, mas havia uma resistência... de como tomar conta desse bebê. Era um discurso que era bom, era ótimo, era maravilhoso! Mas quando ia se falar da prática de como fazer, a gente já sentia conversando pelos corredores, que as pessoas não estavam muito dispostas em aumentar o serviço com isso. E não eram as pessoas do nível médio, era mais as do nível superior... É difícil dizer, mas, apesar de ser um hospital escola, é muito puxado! Muita coisa! Faziam muitos elogios, mas eu não sei bem o que não deixavam eles participarem. A justificativa sempre era o trabalho, não tenho muito tempo! Não tenho condições de ficar naquele momento (E07).

Na percepção de E07, o excesso de trabalho foi causador de medo para implantar o MC no HC, pois se tinha receio de mais uma obrigação, sem aumento de pessoal. Acrescentando, a sobrecarga de trabalho dificulta os processos participativos, não dando condições ao profissional participar por exemplo de reuniões.

Apesar das dificuldades, há necessidade de contextualizar a percepção sobre a qualidade da atenção à saúde, na percepção dos profissionais, devido à importância dessa, que é o eixo fundamental da Política Nacional de Humanização. Portanto, mesmo diante de todas as “barreiras” expostas durante a apresentação dos dados históricos, há uma necessidade de expor como esses atores entrevistados reconhecem a qualidade dos serviços prestados.

Considera-se que tanto no setor público como no setor privado, há entraves gerenciais, exigindo dos administradores redução de custos e melhoria na qualidade dos serviços oferecidos. A qualidade em saúde é imprescindível e complexa, pois envolve a vida das pessoas, o desempenho técnico, além de questões subjetivas e de relacionamento entre profissionais, pacientes, família e gestão.

O aumento da competitividade, especialmente no setor privado, incentivou programas de qualidade que buscam ‘satisfação no cliente’, exigindo dos funcionários o envolvimento intensivo nas decisões e considerando-os a principal força de mudanças. Assim,

suas atitudes e comportamentos estão associados à satisfação dos clientes, melhorando também o desempenho da empresa.

Enquanto o foco desses programas de qualidade do setor privado está na ‘satisfação do cliente’, no setor público, com a *HumanizaSUS* a proposta é uma gestão participativa, mostrando-se, desta forma, um caráter inovador (PEREIRA, FERREIRA NETO, 2013).

Portanto, o HC é um setor público ligado a uma instituição universitária Federal, em que a proposta de gestão participativa é uma importante aliada para manter a qualidade dos serviços. Nesse sentido, avaliando a percepção dos atores chaves entrevistados na pesquisa, todos concordam que, apesar das dificuldades, retardos e entraves administrativos, tem-se uma qualidade de serviço satisfatória, para alguns, equivalente aos serviços privados.

E01 e E03 reconhecem que a assistência é boa, mesmo considerando que a superlotação deixa por vezes o profissional “mecanizado”. E01 percebe e escuta nas visitas dos avaliadores da IHAC, que a UNN do HC tem uma boa qualidade de assistência, proporcionada pela equipe que faz a diferença, conforme relatos:

Eu acho que ainda tem muita devoção com o recém-nascido. Eles cuidam muito bem! Eles (os pais) sempre diziam assim: que parecia que estava no hospital particular, que as pessoas cuidavam muito bem!...Pronto, a qualidade de assistência é boa! (E07) Não é suficiente ainda pela estrutura, a superlotação deixar você um pouco que mecânico (E03).

Eu acho que, apesar da gente ter estrutura física inadequada, falta de insumos, mas eu acho que a equipe é quem faz a diferença! E a gente conseguiu manter, com toda dificuldade uma qualidade de assistência, então a diferença é a equipe! Isso eu já escutei muito de quem vem por aqui fazer a avaliação (E01).

Em concordância, E04 destaca que apesar das dificuldades, há responsabilidade e esclarecimento dos profissionais da UNN, que conhecem os direitos dos pacientes e suas “consequências”. E05 reconhece que a maioria do pessoal que assume cargo de nível médio da equipe (como auxiliares de enfermagem), possui qualificação de nível superior e pós-graduação. Além disso, os servidores do HC são selecionados por concurso público com nível de concorrência alto, que garante sua capacidade intelectual. Acrescentando, a própria universidade incentiva a qualificação do servidor, conforme percebe a E05:

Tem a Universidade que interage...A gente sabe o quanto a Universidade incentiva os estudos! A gente sabe que quanto mais a gente tem cursos, tem um mestrado, um doutorado, não a parte só financeira, mas a gente vai crescendo de uma forma geral! Então a universidade, se comparado com

outras UTIs Neonatais, a gente tem um potencial muito grande aqui dentro! É uma equipe muito boa (E05)!

Então de uma forma geral, eu considero a assistência boa e atualmente melhor ainda porque a gente conta como estrutura de apoio física e profissional melhor... Então se consegue dá uma assistência melhor! Devido à estrutura clínica, a estrutura de apoio e também à equipe (E08)!

Reflete-se na fala acima que houve, na percepção de E08, uma melhora da qualidade de assistência ao longo dos anos, devido aos avanços clínicos, físicos e profissionais da UNN do HC, porém essa percepção é contrária a de outros informantes, como E07 que referiu em outro momento que há uma “degradação” no hospital.

6 Considerações Finais

As considerações finais dessa dissertação são apresentadas em sessões, que por sua vez, foram construídas baseadas nos objetivos da pesquisa. Inicia-se com a caracterização do caso como uma IS, segue procurando responder aos outros objetivos, inclusive associando-os todos com o referencial teórico, ocorrendo assim a triangulação. Para finalizar, segue-se as limitações e recomendações do estudo.

6.1 Considerações sobre as análises do MC como uma IS

Tendo como ponto de partida a caracterização do caso *Atenção Humanizada ao RN de baixo peso- o Método Canguru*, evidencia-se que se trata efetivamente de um exemplo de inovação social, focado em um processo ao invés de um produto. Essa consideração se dá na contemplação de requisitos dos principais elementos de uma Inovação Social, sugeridos por Caulier-Grice et al (2012), conforme a figura 20 (6) e quadro 06 (6) explanados a seguir:

Figura 20 (6): Elementos principais da Inovação Social



Fonte: Adaptado de Caulier-Grice et al (2012)

Quadro 06 (6): Elementos da IS e sua caracterização teórica- porque o MC é uma IS

| Principais Elementos de uma Inovação Social | Caracterização teórica de acordo com Caulier-Grice et al (2012) | Caracterização teórica de acordo com a análise dos dados da pesquisa e do Método Canguru |
|--|--|---|
| Melhora da capacidade de ação | Os autores associam que a capacitação dos beneficiários remetem à criação de novos papéis e relacionamentos, assim como da utilização dos ativos e recursos; | O MC capacita os pais, emponderando-os com competências e conhecimentos, incentivando uma mudança na participação dos cuidados e na detenção de informações, antes inibidas por barreiras culturais, e por escassez do conhecimento científico hoje existente; |
| Com efetividade | Deve ser mais eficaz do que as soluções tradicionais, melhorado o bem-estar da sociedade; | Atende a uma necessidade humana não satisfeita pelo mercado, no que concerne principalmente ao vínculo afetivo, ao conforto e a estimulação tátil; |
| Dá ideia de implementação | Reflete a aplicação prática ou a execução de uma nova ideia com iniciativas viáveis e financeiramente sustentáveis; | Há diversos benefícios multidimensionais para instituição, profissionais de saúde e pacientes, como a diminuição da superlotação na UNN, menor risco de infecção hospitalar e consequente redução de custos com tratamentos e prorrogação do internamento hospitalar, além de maior vigilância e cuidado materno; |
| Atende a uma necessidade social | Depende do contexto socialmente construído, mas pode envolver aspectos como pobreza, direitos, e desigualdades; | O MC caracteriza-se em um processo de relevância social, por atender a uma melhor forma de apoio a prematuridade, legitimado pela vida; Por influenciar no sucesso do aleitamento materno, consequentemente diminui as chances de adoecimentos por alimentações inadequadas; |
| Apresenta-se como uma novidade | As IS não precisam ser completamente originais e únicas, mas tem que ser novidade de alguma forma ou ser aplicado de uma forma nova para qualificar-se como tal. | O MC fortalece a saúde dos recém-nascidos, com incentivo aos cuidados específicos, diferentes dos tradicionais como o uso de incubadoras aquecidas e a permanência do RN na UNN; Além disso, incentiva na UTINeo a criatividade para atender as necessidades específicas de cada RN. |

Fonte: dados da pesquisa

A construção teórica refletida por esses autores evidencia elementos essenciais para caracterização do MC como uma inovação social. Assim, elencou-se esses elementos e sua caracterização teórica, seguida da caracterização baseada na reflexão do presente estudo.

6.2 A natureza das relações locais e as abordagens *Top-down* e *Bottom-up*

Além da importância de caracterizar o caso MC como uma IS, acrescenta-se que houve como estímulo no MC, a oportunidade de obter um atendimento humanístico, que vincula a gestão participativa. Nesse tipo de gestão, os atores locais, sejam os pertencentes à equipe de saúde assistencial, a coordenação ou até mesmo os familiares dos bebês podem de opinar e participar das estratégias de ações.

Na caracterização do caso, verifica que se trata de uma Instituição Federal de Ensino (IFE) e ao mesmo tempo pública que atende ao SUS. Vale ressaltar que as transformações ocorridas no contexto histórico afetaram de certa forma, as instituições públicas, no que tange a sua instrumentalização, sobretudo para alguns serviços como os de saúde, que devem seguir protocolos “rígidos” que regulam e ao mesmo tempo dificultam as ações de melhorias consideradas urgentes.

De fato, tudo isso, acrescido de uma gestão hospitalar por vezes despreparada para administrar com efetividade todo um contexto de um hospital de grande porte, provocou um cenário complicado de se atuar profissionalmente, evidenciando-se uma problemática histórica que parece nunca ter solução. Por exemplo: a insatisfação da equipe de saúde com a situação local de falta de vagas na UNN, ocasionada por superlotação, sem controle de regulação pela Central de Leitos do Estado, acrescida de sobrecarga dos profissionais, falta de materiais e equipamentos, além da falta de cuidado da gestão com o acolhimento dos funcionários.

Partimos do pressuposto que, mesmo com todos os desafios e serem superados, respondendo ao ponto central do questionamento sobre as influências *Bottom-up* da inovação, constatamos que o MC surgiu *Top-down*, através de uma política pública de governo, mas em determinadas ações locais houve influências *Bottom-up*, que ajudaram a superar os desafios e, com criatividade, inovar em alguns aspectos como criação de determinadas ações que apoiaram a humanização. A exemplo, citam-se os itens que tornam a assistência mais acolhedora como placas de identificação com fotos e mensagens, rolinhos para conforto, telas protetoras, redinhas para aconchego e implantação da hora do soninho.

Em contrapartida, considera-se que na abordagem *Bottom-up* da inovação social é imprescindível a participação da comunidade. No caso da pesquisa, apesar do foco do trabalho ter sido no ambiente interno de uma instituição pública, existe o envolvimento da

comunidade, que no caso são os pais dos recém-nascidos, imprescindíveis para o Método Canguru. Portanto, o MC é uma inovação social que evidencia a ação pela promoção da saúde, caracterizado como um processo que auxilia na inclusão de um grupo, antes excluído, da participação dos cuidados, os pais dos RNs. Ele se produziu com estímulos condizentes com a superação de desafios inerentes a assistência neonatal de alto risco e a barreiras culturais. Assim, o MC promove inclusão social dos pais como participantes e beneficiários junto ao recém-nascido.

Esses fatos corroboram com BEPA (2010) que afirma que políticas públicas podem acelerar as mudanças uma vez que, com a implementação de processos participativos, capacita seus atores e reforça a ligação social, no sentido de favorecer ações como: a interação dos envolvidos, as decisões compartilhadas e a aquisição de conhecimento, para lidar com os desafios.

6.3 Considerações sobre o Meio inovador e o MC no HC

No que se refere ao meio inovador, consideramos que no caso do MC, corresponde a determinados aspectos, como os de interação dos atores locais, que se unem através de laços com o conhecimento científico e com outras instituições de trabalho, ensino e pesquisa. O meio comporta aspectos físicos, estruturais da UNN, aspectos culturais, a partilha de normas e valores com fins integrados à saúde do recém-nascido, que é um ser frágil e totalmente dependente de cuidados.

Existem evidências de que o meio facilita a coletividade, conforme apontado por Julien (2010) nas discussões teóricas dessa dissertação. Assim, essa afirmativa está de acordo com o caso do Método Canguru em que são estimuladas a integração e participação, facilitadas por laços de proximidade entre os integrantes da equipe e entre outros serviços, pois os profissionais, em sua maioria, também exercem atividades em outras unidades hospitalares com assistência semelhante a que exercem no HC, colaborando com a disseminação dos conhecimentos entre eles, caracterizando-se essa ligação como laços externos.

Também há os laços internos do próprio serviço que estimulam a coletividade e, conseqüentemente, o desenvolvimento das atividades. São evidenciados nas entrevistas quando é afirmada a união da equipe, aliviando assim o sofrimento dela. A coletividade também é evidenciada em momentos de reuniões que, oportunamente, tornam-se festivos.

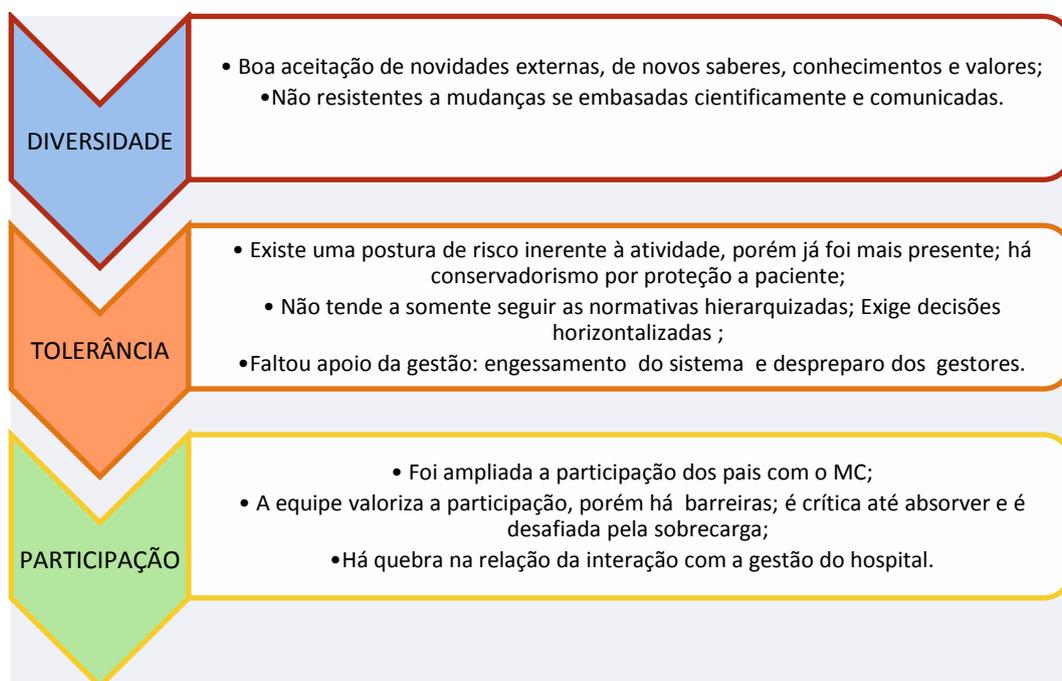
Porém, em alguns momentos, o processo foi dificultado pela “inércia” de alguns setores envolvidos indiretamente na assistência, tais como: o COB com devida dificuldade de fechamento de internação juntamente a Central de Regulação de Leitos, o laboratório que não comunicava a falta de determinados materiais para exames, a farmácia e setor de compras que atendiam as devidas reposições de materiais essenciais para assistência, além da diretoria que não apoiou a UNN em determinadas ocasiões críticas a exemplo das superlotações.

Com relação à diversidade do meio, consideramos que há uma boa aceitação local a novidade externas, como novos produtos, valores ou saberes, desde que venham embasados cientificamente. Percebe-se que a equipe possui alto nível de capacidade e conhecimento, pois todos foram selecionados por concurso público de grande concorrência. Portanto, todos são capacitados e portadores de reflexão crítica, inclusive os cargos de nível médio, que são compostos por quase 100% de pessoal com formação superior e os de nível superior, com boa parcela de pós-graduados com mestrado ou doutorado.

No que concerne à característica do meio de ‘tolerância’ ou seja da ‘postura de risco’, evidenciamos, a partir do conteúdo teórico, das entrevistas e também de observação, que a equipe se incomodada com as deficiências do serviço, tendendo a não se acomodar, apesar do cansaço em lidar com os mesmos problemas. Assim, há uma motivação que demonstra persistência em busca de melhorias para o serviço e para o bem estar dos beneficiados. Evidencia-se na percepção de todos os entrevistados, que há falta de prioridade da gestão hospitalar com a área neonatal. Muitas vezes, para se alcançar objetivos, é mesmo imprescindível ser possuidor de uma postura de risco.

Outra reflexão é que o próprio trabalho em UTIN já assume um risco ao vigiar, manusear, realizar procedimentos em um ser humano tão frágil quanto o RN prematuro, além de cuidar da família altamente fragilizada e lidar com tantos problemas de ordem variada. É certo que, às vezes, a postura de risco vem do cansaço e estresse da equipe que não aceita, que não se conforma com a situação lamentável das carências do serviço, assim há momentos de imposição aos gestores centrais para que se mobilizem e se envolvam com os problemas locais da UNN e Centro Obstétrico, também superlotado. A seguir apresenta-se em figura 21 (6) a representação do meio no caso do MC:

Figura 21 (6): Representação do Meio Inovador no HC



Fonte: Elaboração Própria, baseada no modelo de André e Abreu (2006)

Em relação ao envolvimento participativo no contexto local dessa inovação, é recomendado que ocorra a participação de todos os envolvidos nas várias instâncias, como a interação dos atores profissionais-profissionais, familiares-profissionais, gestão-familiares e profissionais-gestão. No entanto, de acordo com a percepção dos entrevistados e com os fatos registrados ao longo de todos os períodos, esse envolvimento participativo esteve prejudicado na interação gestão-familiares e gestão-profissionais. Possivelmente, essa afirmativa dificultou o processo inovador integral, não favorecendo, por exemplo, a implantação da segunda etapa do MC.

Acrescentando, foi percebido por alguns entrevistados que a equipe já foi mais participativa no primeiro e segundo marco. Houve assim atitudes positivas com a chegada da política de governo relacionada ao MC (no início do segundo marco), porém com o aumento da demanda do serviço e a falta de incentivos e a mudança da gestão hospitalar, percebeu-se um perfil diferenciado de liderança a nível central, cujos níveis de satisfação foram variados. Por um lado aumentou o quantitativo de funcionários, por outro se evidenciaram muitos problemas com entraves administrativos e permanência “rigidez” das ações de melhorias.

6.4 Considerações das adaptações do MC no processo de IS

BEPA (2010) destaca fases no processo de IS, assim afirma-se que a IS tem um processo cíclico. Na fase inicial surge à ideia, o problema é diagnosticado e são geradas maneiras de lidar com o problema e fazer a experimentação. No MC, essa fase ocorreu ainda em 1979 na Bolívia, quando surgiu a ideia do MC. Apesar da forma e conceito de aplicação do Método ao longo do tempo ter sido modificada (pois a princípio foi uma forma de diminuir a apenas a superlotação), ele foi experimentado com sucesso e com a participação dos cidadãos, no caso os pais dos RNs.

Posteriormente o MC, assim como ocorre no ciclo da IS explicado pelo BEPA (2010), foi replicado, sendo alvo de estudos a nível mundial. Esses estudos testaram e validaram seus benefícios em aspectos biológicos, afetivos e administrativos, uma vez que favorece a redução da superlotação da UNN, tornando o MC uma prática inovadora.

Em seguida, os autores explicam que se deve firmar a IS com os fluxos legais, além da consolidação de boas práticas. Isso ocorreu no MC quando ele se tornou no Brasil uma Política Pública de Saúde. Outro ponto é que o MC veio alicerçado por outras iniciativas como a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança e a criação dos Bancos de Leite Humano. Assim, novas formas de fazer e pensar são postas em prática, havendo as adaptações conforme o contexto local.

Após aplicação do MC, ao final, os atores participantes, no caso principalmente os pais e a equipe, são contemplados com novos valores e conhecimentos são postos em prática e disseminados ou compartilhados.

A respeito da disseminação, constata-se que na UNN houve pontos positivos, passíveis de serem compartilhados, como a parceria com pesquisa vinculada à universidade que implantou o GAMA. Esse apoiou as mães, em um momento de muita fragilidade, incentivando a mudança de realidade através do emponderamento delas, que se sentiram incluídas no processo de recuperação da saúde e bem estar dos seus filhos. Elas se fortaleceram a partir do diálogo, da informação, do incentivo a participação, ao toque e proximidade com o seu bebê.

Sem dúvidas, ficou claro na análise dos resultados que a equipe de saúde da UNN sempre percebeu e priorizou a vida dos pequenos pacientes, independente dos desafios a serem superados, fazendo o possível para investir em melhorias, sem medir esforços. Houve investimentos diversos e independentes da obrigação profissional em que há um retorno

salarial, mas acima de tudo com investimentos de afeto, cuidado, vigilância e zelo pelos pacientes, ainda conseguindo manter uma qualidade de assistência satisfatória.

Contudo, considera-se ao final que o MC na UNN do Hospital das Clínicas é praticado somente na primeira e terceira etapa como informado desde a introdução da pesquisa. Foi evidenciado, ao longo do tempo, que as influências *Bottom-up* foram imprescindíveis para manter a qualidade da assistência, porém essa assistência é intensamente ameaçada por questões críticas de uma rede de saúde “estrangulada”, pois a demanda é maior que a oferta, além de que existem diversos fatores que prejudicaram e ainda prejudicam o desenvolvimento, o ciclo e a apropriação da IS, a exemplo a superlotação, a falta de profissionais, materiais, equipamentos e apoio de outros setores do hospital, como laboratório, e farmácia.

Portanto, pode-se inferir que por parte houve avanços recomendados pela Política de Governo e adaptados à realidade local e até passível de transformação, no sentido de multiplicação, como a criação do grupo GAMA e o acesso pioneiro a visitas de avós e outros parentes ou amigos na UTI Neo. Vale salientar que Rollin e Vicente (2007) consideram que divulgar a inovação (na fase de difusão) significa que é importante tê-la reconhecida, dar-lhe valor no caso de utilização. O objetivo dessas atividades é irradiar o conjunto de estratégia inovadora local. Assim, é mais provável que a inovação social se espalhe para outros cenários de prática, de acordo com as necessidades contextuais. Considerando o MC no HC, as práticas foram passíveis e possivelmente difundidas para outros hospitais, porém a pesquisa se limitou ao contexto local, não tendo como avaliar essa transformação em outras realidades.

Por outro lado, barreiras como a superlotação e suas consequências e as dificuldades em reunir a equipe nos processos participativos, não permitiram considerar sua transformação no sentido de criar, modificar e disseminar para outras realidades de forma mensurável. Considera-se que a laceração desse processo se dá principalmente pela dificuldade de apoio da gestão hospitalar que, como já foi dito, não prioriza a causa, ou não tem condições para resolvê-la, dentre tantos supostos problemas existentes em um hospital público universitário de grande porte, e que no caso atende a uma rede de maternidades de alto risco insuficiente para demanda de pacientes do estado.

6.5 Limitações e recomendações do Estudo

A problemática que envolve o setor de saúde pública é reflexo da ausência de atuação efetiva das políticas públicas do Estado, que é muito implementador e pouco fiscalizador no acompanhamento das estratégias normatizadas e até implantadas como Lei. Esse reflexo de não efetividade influencia negativamente a reputação e a própria realidade dos hospitais públicos em todos os níveis, quer sejam federais, estaduais e em grande parte dos municípios. Em especial os hospitais do interior do estado de Pernambuco não funcionam por determinadas questões, sobrecarregando os hospitais de referência da região metropolitana, como é o caso da maternidade de alto risco do Hospital das Clínicas.

A centralização que ocorre no setor de saúde (evidenciada pelas causas acima descritas da disfunção de atendimento em vários níveis) prejudica a área materno-infantil, contudo critica-se esse sistema estrangulado das redes de saúde, no qual existem dificuldades de implementar qualquer estratégia, inclusive a estratégia do MC. Porém, o estudo mostra que vale a pena investirem estratégias socialmente viáveis que só favorecem as melhorias em relação à saúde do RN, aos pais e inclusive a instituição.

Fica como observação, a questão que outras UNNs não foram investigadas, avaliadas, nem comparadas com o contexto local da UNN do HC. Sabe-se que surgiram determinadas ações consideradas inovadoras, que foram ao longo do tempo tornando-se rotina em outros hospitais também, tais como: os cuidados específicos do RN com a dor, conforto, banho e atividades de apoio aos pais e familiares. Mas, não se sabe ao certo de onde surgiram, sendo assim uma recomendação para estudos futuros.

Em relação à questão histórica da pesquisa, foram contemplados detalhes de um período prolongado e avaliado em três dimensões (instituição, familiares e equipe) e ainda em três extensas fontes de coleta (LOM, PRAE e entrevistas). Portanto, as questões teóricas com relação aos objetivos específicos do estudo, foram discutidas nas considerações finais, incluindo as discussões sobre o Meio, apresentadas através das percepções dos atores locais. Essa escolha da análise teórica conjunta durante a apresentação dos dados, poderia não harmonizar a contextualização histórica.

Outro ponto a considerar a respeito da pesquisa está relacionado à escolha de entrevistar apenas os profissionais e não os familiares dos recém-nascidos que poderiam contribuir como usuários sobre o atendimento recebido. Porém considera-se que o profissional é capaz de “reproduzir” as vozes do usuário através da polifonia citada na parte introdutória do trabalho. Já sobre a escolha dos relatos escritos, apresentam-se de forma

espontânea e diversificada, assim foi considerada uma fonte legítima que representa fatos diários dos acontecimentos, em que os relatores não tinham previsão para uma futura investigação.

Ainda há a recomendação de estudos mais aprofundados que envolvam primeiramente a opinião dos gestores e ex- gestores do hospital com intenção de explorar a compreensão das dificuldades transcorridas ao longo do período histórico, desde o ano de 1999, em que o MC foi proposto como uma política pública de governo, E segundo, recomenda-se o aprofundamento da pesquisa com toda equipe de saúde, inclusive os recém-ingressados no serviço, para que participem e reflitam sobre as ações propostas pelas normas do Método Canguru.

Ou até mesmo, que seja realizada futuramente uma ‘pesquisa ação’ que incentive e esclareça todos os pontos recomendados pelas normas do MC. A pesquisa ação influenciaria o despertar desses profissionais recém-admitidos para que deem continuidade ao processo de humanização e qualidade do serviço, capacitando-os para aceitação das mudanças legítimas, aumentando a postura de risco e a participação.

Sugere-se ainda a difusão do Método Canguru para outras Maternidades de Redes privadas, ou públicas de risco baixo ou intermediário, as quais, apesar de não possuírem UTINeo, possuem atendimento ao RN em UNNs e eventualmente atendem prematuros ou bebês a termo, que necessitam dos cuidados específicos normatizados pelo MC.

Além das recomendações acima, propõe-se pesquisas com respeito a temática Inovação Social com outros tipos de usuários de saúde que carecem de tratamento humanizado a exemplo de idosos e deficientes físicos.

7 Recomendações gerenciais

Considera-se, em um contexto mais amplo da sociedade, a necessidade de se importar e mudar realidades. Essas mudanças partem muitas vezes, de um ponto íntimo de cada um, que vai fazendo, modificando, explicando e contagiando outras pessoas para que se tornem partícipes de processos exitosos. Assim, esses processos vão se multiplicando e difundindo ao longo do tempo. No caso, considerando o trabalho no hospital, essa mudança de realidade não é um processo fácil, exigindo de todos os atores locais esforços e “amor” à causa abraçada, que no caso desse estudo refere-se ao cuidado humanizado ao RN, sua família e inclusive a própria equipe de saúde.

Um dos tantos motivos desafiadores para o trabalho em hospitais como o Hospital das Clínicas (HC) é o aumento progressivo da demanda de pacientes. Cada dia é crescente o número de pacientes nos serviços de saúde pública, principalmente os de referência, pois na vigente situação de crise global, as famílias tornam-se cada vez mais usuárias do SUS, devido a recursos financeiros insuficientes para financiar os planos de saúde particulares.

Esse aumento de pacientes, especialmente nos setores de emergência, como é o caso da maternidade de alto risco do HC, incluindo o Centro Obstétrico e a Unidade Neonatal, causa transtornos para gestão e para os trabalhadores, além de dificultar a atenção dos pacientes que necessitam da assistência à saúde.

Uma das preocupações nesse contexto, é que como um hospital escola, ele é responsável pela formação profissional dos alunos como os da UFPE e de profissionais já formados que estão se especializando através dos Programas de Residência, a exemplo dos médicos, enfermeiros e fisioterapeutas que estão se especializando em áreas como Pediatria, Neonatologia e Obstetrícia.

Então, a primeira recomendação gerencial, é indicar a necessidade de controle gerencial, em parceria com o estado de Pernambuco e Central de Regulação de Parto, para que priorize o controle da lotação no hospital universitário, visto considerar a ocorrência de eventos com consequências negativas para formação profissional.

O segundo ponto, está associado ainda à questão universitária, sendo recomendadas mobilizações dos professores da universidade, que, integrados a assistência e aos alertas ao preparo do futuro profissional, possam investir em mudanças de currículos, com disciplinas que tratem especificamente das questões humanísticas.

A terceira implicação gerencial, é que se continue e aumente o incentivo, em âmbito da gestão central da universidade, na preparação dos servidores de saúde, que, muitas vezes ficam acomodados em suas unidades de trabalho. Esse incentivo auxiliaria em uma melhor preparação, como é o caso dessa pesquisa que está associada ao Mestrado Profissional de Administração da UFPE, e a autora faz parte do hospital da Universidade.

Ainda, como quarta recomendação, que o próprio trabalhador seja sensibilizado, viabilizando sua participação, visto que os profissionais que atuam em hospitais universitários devem servir de exemplo, no que se refere ao funcionamento adequado do serviço humanístico dos pacientes. Essa questão é importante, pois os alunos em formação estão mais abertos a mudanças e construção de uma sensibilidade no atendimento aos pacientes, tomando o profissional como modelo.

Um quinto ponto ainda pode ser destacado, como o estímulo ao desenvolvimento e disseminação de conhecimento e parcerias com outros hospitais, como uma rede de atenção empenhada, que envolva postura de risco. Assim, como recomendação de redes “externas”, é sugerida a formação de parceria com estudantes da pós-graduação da Universidade e com trabalhadores de saúde, para que outras pesquisas sejam realizadas, envolvendo atuação no serviço.

Seria válido incluir como sexta recomendação a formação de um grupo de trabalhadores, para “lutar” pela implantação da Enfermaria do Método Canguru no HC. Primeiramente, esses realizariam o reforço do curso, por pessoas da equipe, que já o fizeram e são capacitadas para replicar. Mesmo que se inicie com poucos leitos, provavelmente aumentaria o seu número no futuro. Para isso, a equipe deve ser desde já selecionada, visto que há possibilidades de novas chamadas por concurso, pois no momento ocorrem admissões pela EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), que no momento administra o hospital.

Para estimular a participação, o sétimo ponto a sugerir é que os horários das atividades desse grupo de trabalho acima indicado, estejam inclusos na carga-horária desses profissionais. Além dos mesmos serem empenhados, capacitados e indicados por seus pares para tal atividade.

Como oitava sugestão, é que sejam retomadas mensalmente, as reuniões administrativas de enfermagem, assim como continuar a estimular a participação nessas reuniões, a integração com o grupo novo de trabalho e a gestão participativa, em que o poder de decisão seja compartilhado e baseado em evidências científicas.

A nona questão seria melhorar a participação das reuniões do GAMA, para garantir a presença de mais membros da equipe. Poderia haver a seleção do profissional em escala predeterminada e em comum acordo com ele. Dessa forma, além da assistente social, outros profissionais da equipe, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos e terapeutas ocupacionais estariam inteirados das necessidades das mães, no sentido de acolhimento, dúvidas e carências das mesmas.

A última e não menos importante recomendação é a contrapartida das informações em relação às reivindicações e necessidades dos pais e todas as ações já sugeridas. Essa contrapartida pode ser efetuada nas reuniões interdisciplinares que ocorre semanalmente na UNN. Oportunamente seria o momento de divulgar o andamento e estimular a ações de humanização, integrando ainda mais a equipe.

Referências

ALBAGLI, S.; MACIEL, M.L. Informação e Conhecimento na inovação e no desenvolvimento local. **Revista Ciência da Informação**. Rio de Janeiro, 2004.

ALBUQUERQUE, E.M.; CASSIOLATO, J.E. As especificidades do Sistema de Inovação do Setor Saúde. **Revista de Economia Política**, v.22, n. 4 (88), out-dez. 2002. Disponível em: <http://www.rep.org.br/PDF/88-9.PDF>. Acesso em 20-05-16.

ANDRÉ, I.; ABREU, A. **Dimensões e Espaços da Inovação Social**. Finis terra, 2006.

AZEVEDO, A.M.M.; PEREIRA, N. Análise *top-down* e *bottom-up* de um programa de inovação energética: o programa nacional de produção e uso de biodiesel (PNPB). **Revista Gestão & Conexões**, Vitória, v.2, n.2, jul-dez.2013, p.32-51, 15 nov 2013. Disponível em <http://www.periodicos.ufes.br/ppgadm/article/view/4581>. Acesso em 03 nov 2015.

BACKES, D.S; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p.221-227, 17 ago. 2005. Bimestral. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200010. Acesso em: 24 set 2015.

BALBI, R.V.; EMMENDOERFER, M.L.; LIMA, A.A.T.F.C.; VALADARES, J.L. **Cultura Empreendedora: O que está sendo produzido na administração?** XXXIII Encontro da ANPAD, São Paulo, Set 2009.

BARBOSA, G.C.; MENEGUIM, S.; LIMA, S.A.M.; MORENO, V. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p.123-127, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a19.pdf>. Acesso em: 24 set 2015.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEGNETTI, L. P. As inovações sociais: uma incursão por ideias, tendências e focos de pesquisa. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, RS, v. 47, n. 1, p.3-14, jan-abr. 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=93820778002> ISSN 1519-7050. Acesso em 01 abr 2016.

BEPA (Bureau of European Policy Advisers) **Empowering people, driving change. Social Innovation in the European Union**. European Communities. Luxembourg, 2010.

BERGMAN, N.; MARKUSSON, N.; CONNOR, P.; MIDDLEMISS, L.; RICCI, M. **Bottom-up, social innovation for addressing climate change**. In: Sussex Energy Group conference ECEEE 2010, Sussex, UK, 25-26 Fev 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso: 24 set 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru**, Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html. Acesso em 22 Jul 2015.

BRASIL, **Inovação, Temas Estratégicos em Saúde Pública**, vol.1. Ministério da Saúde, Organização Pan Americana de Saúde. Brasília-DF, 2011.

BRASIL, **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, Método Canguru Manual Técnico**. 2.ed. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

BRASIL, **Rede Nacional de Informações em Saúde – RNIS**. Projeto reforsus. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/RNIS/convoc.htm>. Acesso em 09 jun16.

CARDOSO, A.C.A.; ROMITI, R.; RAMOS, J.L.A.; ISSIER, H.; GRASSIOTO, C.; SANCHES, M.T.C. Método Mãe-Canguru: aspectos atuais. **Rev. Pediatría**, São Paulo, v.28, p.128-134, mar. 2006. Disponível em: <file:///C:/Users/Acer/Documents/M%C3%83E%20CANGUR%C3%9A/CARDOSO,ET%20AL,%202006.html>. Acesso em 22 Jul.2015.

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Katia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p.105-111, 30 set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100017>. Acesso em: 24 set 2015.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em Rede**, vol 1, Ed. Paz e Terra, São Paulo, 2012.

CAULIER- GRICE, J. et. al.: **Defining Social Innovation**. Part 1. The Young Fundation. Europa, 2012.

CERTO, S.C.; PETER, J.P. **Administração estratégica: planejamento e implantação de estratégias**. 3. ed. São Paulo: Pearson, 2010.

COOPER, D.R.; SCHIDLER, P.S. **Métodos de Pesquisa em Administração**. Porto Alegre Bookman, 2003.

FACHINELLI, A.C.; DÀRISHO, A.; MACIEL, E.M. A Importância da Inovação Social e da Economia Criativa como Indutores para o Desenvolvimento Sustentável. **IJKEM**. Florianópolis, v.3, n.5, 2014.

FEDERIZZI, C.L. Inovação Social no contexto de cidades: um estudo sobre o caso de Big Apps de Nova Iorque. **Revista imagem**. Vol.1.n.1.2012.

FITZSIMMONS, J.A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologias da informação**. Porto Alegre: AMGH, 2014.

GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. da. (Org.). **Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais: Paradigmas, Estratégias e Métodos**. 2. Ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

GOMES, R.K.; LAPOLLI, E. M. Os Estímulos e Barreiras à Criatividade no Ambiente Organizacional. **Rev. Borges**, Florianópolis, v.5, n.2, dez 2014. Disponível em: <http://www.revistaborges.com.br/index.php/borges/article/view/73>. Acesso em: 01 mai 2016.

HENNINGTON, Élide Azevedo. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 8, p.555-561, 31 out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/6707.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2015.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População do Brasil – 2013**. 2015. Disponível em: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>. Acesso em 13-11-15.

JESUS, M.J.F.; PERIOTTO, A.J. Empreendedorismo, inovação tecnológica e meio ambiente. **Rev.de ciências sociais aplicadas**. Paraná, vol. 2, n.2. p. 144-163, jul./dez. 2007. Disponível em: <<http://revista.grupointegrado.br/revista/index.php/perspectivascontemporaneas/article/view/410>> . Acesso em: 25 de maio de 2015.

JULIEN, P. A. **Empreendedorismo regional e a economia do conhecimento**. Tradução de Maria Freire Ferreira Salvador. São Paulo: Saraiva, 2010.

LIMA, R.P. **Turismo de Base Comunitária como Inovação Social**, Tese (doutorado do programa de engenharia de produção), UFRJ, Rio de Janeiro, 2011.

MACCALLUM, D.; et. al. **Social Innovation and Territorial Development**. Ashgate Publishing Limited. England, 2009 *Apud* CORREIA, et al. **Turismo de Base Comunitária como Inovação Social: Congruência entre constructos**. Disponível em 24-04-2015 <http://www.engema.org.br/XVIENGEMA/228.pdf>.

MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G. L. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho de saúde. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, n. 3, p.351-356, 18 jun. 2007. Trimestral. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4068>>. Acesso em: 24 set 2015.

MAURER, A.M. **As Dimensões de IS em empreendimentos econômicos Solidários do Setor de artesanato Gaúcho**. Dissertação (mestrado em administração), UFRGS, Porto Alegre, 2011.

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

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. (org.) **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**, 14ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOULEART et. al. **The International Handbook in Social Innovation: Collective action, learning and transdisciplinary research**. Edward Elgar Publishing, Massachusetts, 2013.

MOTA, F.C.P.; VASCONCELOS, I.F.G. **Teoria geral da administração**. São Paulo: Thomson, 2006.

MURRAY, R.; CAULIER-GRICE, J.; MULGAN, G. **The Open Book of Social Innovation**. London, NESTA/The Young Foundation, 2010.

PAIVA JÚNIOR, F.G.; ALMEIDA, S.L.; GUERRA, J.R.F. O empreendedor humanizado como uma alternativa ao empresário bem sucedido: um novo conceito em empreendedorismo, inspirado no filme beleza americana. **Rev. de Administração Mackenzie**, Recife, v.9, n.8, p.112-134, nov-dez, 2008.

PEREIRA, A. B.; FERREIRA NETO, J. L. Processo de implantação da política nacional de humanização em hospital público. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.67-87, 05 dez. 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000100067>. Acesso em: 24 set 2015.

PHILLS JUNIOR, J.A.; DEIGLMEIER, K.; MILLER, D.T. **Rediscovering Social Innovation**. Stanford Social Innovation Review, 2008. Disponível em 30-05-15 em: http://www.innovationsociale.lu/sites/default/files/2008_Rediscovering%20Social%20Innovation_Phills%26al.pdf.

PIRES, V. L; TAMANINI-ADAMES, F.A. Desenvolvimento do conceito bakhtiniano de polifonia **Rev. estudos semióticos**, Santa Maria- RS, v. 6, n. 2, nov. 2010. Disponível em http://www.fflch.usp.br/dl/semiologica/es/eSSe62/2010esse62_vlpires_fatamanini_adames.pdf.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**, 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PROCHNIK,M.; CARVALHO,M.R. **Método Mãe-Canguru de Atenção ao Prematuro**. BNDES SOCIAL. Rio de Janeiro, 2001.

RAMOS, H.A.C; CUMAN, R.K.N. Fatores de Risco para Prematuridade: pesquisa documental. **Rev. Anna Nery Enfermagem**, Paraná, v.2, n.13, abr-jun, 2009.

RIBEIRO, Krukemberghe Divino Kirk Da Fonseca. "Marsupiais"; *Brasil Escola*. Disponível em <<http://brasilecola.uol.com.br/biologia/marsupiais.htm>>. Acesso em 07 de junho de 2016.

ROBBINS, S.P. **Fundamentos do comportamento organizacional**. 8.ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2009.

ROLLIN,J.; VICENTE,V. **Acteurs-et-processus-dinnovation-sociale-au-Québec**, RQIS: Université du Québec. Canadá, 2007.

SANTOS, A.C.M.Z. **O desenvolvimento da Inovação Social- Inibidores e Facilitadores do processo: o caso de um projeto Piloto da ONG Parceiros Voluntários**. Tese (doutorado em administração). Universidade do Vale do Rio dos Sinos UNISINOS, São Leopoldo, 2012.

SBICCA, A.; PELAEZ, V. Sistemas de Inovação. **Economia & planejamento: Economia da inovação tecnológica**. São Paulo, p. 415- 447, Hucitec, 2009.

SCHEIN, E. Conceito de cultura organizacional: por que se preocupar? In: **Cultura Organizacional e liderança**. São Paulo: Atlas, 2009.

SCHUMPETER, J.A. **A teoria do desenvolvimento econômico**. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

SILVA, I. D.; SILVEIRA, M. F.A. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Rev.Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.1535-1546, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a89v16s1.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2015.

SOUSA, J. L. PAIVA JÚNIOR, F. G. **Empreendendo no setor público: a dinâmica da Fundação Joaquim Nabuco**. Recife: Massangana, 2011.

SOUZA, M.; NÓBREGA, M. Condições de trabalho: as particularidades do trabalho no setor público de saúde. Em: VIEIRA, A.C.; UCHÔA, R. (Orgs.) **Em Discussão: Desenvolvimento Social na Economia Globalizada**. Recife: Universitária, 2007.

UFPE. Universidade Federal de Pernambuco. **Hospital das Clínicas**. Disponível em: https://www.ufpe.br/hc/index.php%3Foption%3Dcom_content%26id%3D78%26Itemid%3D71 Acesso em: 15 mai 2015.

UNIÃO AFRICANA, **Relatório de Situação sobre a Saúde Materna, Neonatal e Infantil**, 2013. Disponível em file:///C:/Users/Acer/Downloads/2013%20Portuguese%20-%20Justified%20copy%20(1).pdf. Acesso em 10 nov 2015.

VARGAS, E. R.; ZAWISLAK. Inovação em serviços no paradigma da economia do aprendizado: a pertinência de uma dimensão espacial na abordagem dos sistemas de inovação **Rev. adm. Contemporânea**, Curitiba. vol.10, n.1, jan-mar, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552006000100008. Acesso em 20 mai 2016.

VICTORA, C.G.et. al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **Séries Saúde no Brasil 6**, Fiocruz, 2011. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%BAde_Celia%20Almeida_2011.pdf (2011). Acesso em 01-05-2016

APÊNDICE A - Formulário de entrevista semi-estruturada

Universidade Federal de Pernambuco
MPA- Mestrado Profissional Em Administração

ENTREVISTA NÚMERO: _____

NOME: _____

DADOS PESSOAIS:

- 1) IDADE: _____ (em anos) Não informado (9)
- 2) SEXO: Masc (1) Fem (2) Não informado (9)
- 3) Nº. DE FILHOS: _____ Não informado (9)
- 4) Religião: Católico (1) Evangélico (2) Espírita (3) Outras (4) Nenhuma(5) Não informado (9)

DADOS PROFISSIONAIS

- 5) PROFISSÃO EXERCIDA NO HC:
- 6) TEMPO DE FORMADO: _____ (em anos) Não informado (9)
- 7) NÍVEL: Médio () ; Graduação () ; Residência / Pós-Grad () ; Mestrado () ; Doutorado ()
- 8) ATIVIDADE DOCENTE/PRECEPTORIA? Sim (1) Não (2) Não informado (9) Tempo ()
- 9) TEMPO DE ATUAÇÃO EM NEONATOLOGIA: ____ (em anos) Não informado (99)
- 10) TEMPO DE ATUAÇÃO NA UTI-NEO HC: ____ (em anos); Ano de admissão ()
- 11) JORNADA SEM. UTIN DO HC: Aposentado (1) Até 20h (2) 21-40h (3) acima 40h (4)
- 12) REGIME DE TRABALHO NA UTI-NEONATAL DO HC:
Diária (1) Plantão (2) Misto (3) Não informado (9)
- 13) Participou de Cursos, Capacitações ou Treinamentos Relacionados a Humanização?
Quais?

Considerando o período de início de suas atividades na UNN, e diante de sua experiência, dê sua opinião sobre o HC:

INSTITUIÇÃO:

- 1) Como era a estrutura física na UNN?
- 2) O que tem sido feito para adequar a instituição as normas em prol da humanização?
- 3) Em sua opinião, o que dificultou essas melhorias?
- 4) Porquê o HC não conseguiu implantar a segunda etapa do MC em sua opinião?

PAIS E FAMILIARES:

- 1) Como ocorria a presença dos pais dentro da unidade neonatal no ano que você foi admitido?
- 2) Quais eram as principais dificuldades de efetivar as referidas ações relacionadas aos pais nesta época?
- 3) Comente sobre as mudanças mais significativas em relação às atitudes e ações relacionadas aos pais e familiares
- 4) Você acredita que estas atitudes (na UTIN, relacionadas aos pais) se sempre realizadas, contribuem para beneficiar o recém-nascido, para o emponderamento dos pais, ou seja uma alta hospitalar mais segura e fortalecida? Você pode comentar?

RECÉM-NASCIDO:

- 1) O que dificultava estas atitudes (em relação aos recém-nascidos) neste período que você chegou na UNN do HC?
- 2) O que motiva (incentiva-estimula) humanizar e a superar as dificuldades?

ATTITUDES DOS PROFISSIONAIS

- 1) Que você recorda, quais as iniciativas que os profissionais do berçário fizeram, investiram, criaram parcerias, implantaram, etc. em favor da humanização?
- 2) Como é a aceitação de novidades externas (produtos, valores e saberes) pela equipe? Há dificuldade para implantar ações novas? Há resistências a mudanças de atitude dos atores locais?
- 3) A equipe tem posturas de risco que favorecem as mudanças ou tende a rigidez, hierarquia e normativas locais?
- 4) Como é o apoio dos gestores quando há algo novo para ser implantado?
- 5) Como você avalia a participação das pessoas e o acesso a informação destas na UNN? As decisões são tomadas considerando a gestão participativa?
- 6) Você pode relatar algo que represente um retorno positivo, um agradecimento do usuário em relação aos esforços de humanização investido pela equipe da UNN?
- 7) Você já investiu ou conhece alguém que foi solidário, que investiu com recursos próprios, financeiros ou não, para melhoria do serviço?
- 8) Qual o seu sentimento face as dificuldades de efetivar as normas e ações propostas pelo Método Canguru?

APÊNDICE B - Termo de confidencialidade relacionado ao uso de dados secundários

Título do projeto: Inovação Social e as influências *bottom-up* na atenção humanizada relacionada ao Método Canguru no Hospital das Clínicas – UFPE

Pesquisador responsável: Íris Calado de Almeida Costa

Instituição/Departamento de origem do pesquisador: Universidade Federal de Pernambuco; Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Ciências Administrativas, Mestrado Profissional em Administração;

Telefone para contato: 81- 999515536 – 21263712 -33613763

E-mail: iriscalado2010@hotmail.com

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o voluntário da pesquisa.

O pesquisador declara que os dados coletados nesta pesquisa (gravações, entrevistas, fotos, questionários, etc), ficarão armazenados em cadernos pessoais e pastas de arquivo no computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço Rua Francisco Mendes, nº283, ap.101, Bl A, Piedade, Jaboatão, PE, CEP54410-150, pelo período de mínimo 5 anos.

O Pesquisador declara, ainda, que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/CCS/UFPE.

Recife, de de 20.....

Assinatura Pesquisador Responsável

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar da pesquisa *Inovação Social e as Influências Bottom-Up na Atenção Humanizada Relacionada ao Método Canguru no Hospital das Clínicas - UFPE*, que está sob a responsabilidade da pesquisadora **Íris Calado de Almeida Costa**, residente na rua Francisco Mendes, nº 283, ap.101, A, Piedade, Jaboatão, CEP:54410-150, email: iriscalado2010@hotmail.com e telefone de contato 81-992621998 (aceita inclusive ligações a cobrar) e 81-999515536. A pesquisa está sob orientação da **Prof^a Dr^a Carla Regina Pasa Gómez**.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, será possível retirar o consentimento a qualquer momento sem nenhuma penalidade.

Esta pesquisa tem como objetivo *analisar as adaptações locais na Unidade Neonatal ao longo dos anos, em relação à implantação da humanização relacionada ao Método Canguru no Hospital das Clínicas – UFPE, considerando os fatores que influenciaram neste processo*. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, pois busca-se a experiência e a compreensão das pessoas em relação ao estudo. Com metodologia estudo de caso, em que será analisada a percepção dos profissionais no momento da pesquisa, porém com uma perspectiva histórica. Esta pesquisa envolve interesse nas áreas de administração e saúde.

Como procedimento de coleta de dados a etapa inicial será constituída por uma parte teórica de pesquisa em livros e artigos; uma pesquisa documental onde serão utilizados documentos como livros de ocorrência, de reuniões e censos de ocupação e por fim a presente entrevista com os participantes indicados por outros participantes e voluntários da pesquisa. Após será realizado a análise dos dados, com resumo dos pontos chaves.

Os riscos da atual pesquisa são mínimos: vulnerabilidade (caso seja reduzida sua capacidade de autodeterminação); constrangimento (caso não ocorra sigilo e adequadas abordagens); desrespeito (caso não se respeite a autonomia do participante). No entanto, haverá o compromisso e o cuidado da pesquisadora para evitar os riscos.

Como benefícios acredita-se que o estudo poderá ofertar uma importante contribuição teórica sobre o processo da inovação social. Além de poder identificar a natureza das relações locais, suas carências e potencialidades podendo colaborar para traçar políticas que valorizem ações sustentáveis no âmbito do Hospital das Clínicas, UFPE. As ações relacionadas ao Método canguru favorecem ao recém nascido, a família, aos profissionais e a instituição visto que buscam benefício tanto físicos, como a formação do vínculo afetivo, a redução do índice de infecção hospitalar e a alta hospitalar mais precoce e fortalecida.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por entrevistas gravadas e transcritas, serão armazenadas em pastas do computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima, pelo período mínimo de 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra judicial. Se houver necessidade, as despesas para sua participação serão assumidas pelo pesquisador.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em pesquisa envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Av. da Engenharia sn- 1º andar, sala 4 – Cidade Universitária, Recife- PE, CEP: 50740-600, Tel. (81) 21268588- e-mail: cepeccs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO(A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido oportunidade de conversar e de ter esclarecido minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo *Inovação Social e as Influências Bottom-up na Atenção Humanizada Relacionada ao Método Canguru no Hospital das Clínicas – UFPE*, como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

_____, ____-____-____
(local, data)

(assinatura do participante)

