



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

LÍVIA FERNANDA GUIMARÃES NOVAES

A INTERDISCIPLINARIDADE NO CONTEXTO DE UMA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

RECIFE
2014

LÍVIA FERNANA GUIMARÃES NOVAES

**A INTERDISCIPLINARIDADE NO CONTEXTO DE UMA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

ORIENTADORA

Profª Dra. Cláudia Marina Tavares de Araújo

COORIENTADORA

Profª Dra. Luciane Soares de Lima

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO

Educação em Saúde

LINHA DE PESQUISA

Formação de Recursos Humanos em Saúde

**RECIFE
2014**

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

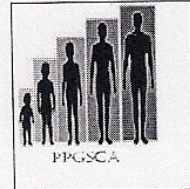
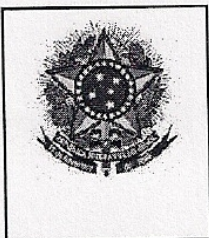
N935i Novaes, Livia Fernanda Guimarães.
A interdisciplinaridade no contexto de uma unidade de terapia
intensiva neonatal / Livia Fernanda Guimarães Novaes. – Recife: O
Autor, 2014.
87 f. : il. ; quad. ; 30 cm.

Orientadora: Cláudia Marina Tavares de Araújo.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,
CCS. Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do
Adolescente, 2014.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Sistema único de saúde 2. Assistência integral à saúde. 3.
Cuidado da criança. 4. Unidade de terapia intensiva neonatal 5.
Comunicação interdisciplinar. I. Araújo, Cláudia Marina Tavares de
(Orientadora). II. Título.

617.6 CDD (22.ed.)

UFPE (CCS2014-145)



Título:

A interdisciplinaridade no contexto de uma unidade de
terapia intensiva neonatal

Nome:

Lívia Fernanda Guimarães Novaes

Dissertação aprovada em: 24 de fevereiro de 2014

Membros da Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Estela Maria Meirelles Monteiro - Presidente
(Membro interno - UFPE)

Prof^a. Dr^a Vanessa de Lima Silva
(Membro externo - UFPE)

Prof^a. Dr^a. Lygia Maria Pereira da Silva
(Membro externo - UPE)

Recife
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Dr. Sílvio Romero Barros Marques

PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Francisco de Souza Ramos

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

COORDENADORIA DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

COLEGIADO

Prof^ª. Dr^ª. Luciane Soares de Lima (Coordenadora)

Prof^ª. Dr^ª. Cláudia Marina Tavares de Araújo (Vice Coordenadora)

Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz

Prof. Dr. Ana Bernada Ludermit

Prof^ª. Dr^ª. Ana Claudia Vasconcelos Martins de Souza Lima

Prof^ª. Dr^ª. Bianca Arruda Manchester de Queiroga

Prof^ª. Dr^ª. Cleide Maria Pontes

Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho

Prof^ª. Dr^ª. Giselia Alves Pontes da Silva

Prof^ª. Dr^ª. Maria Eugênia Farias Almeida Motta

Prof^ª. Dr^ª. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Prof^ª. Dr^ª. Marília de Carvalho Lima

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Prof^ª. Dr^ª. Rosemary de Jesus Machado Amorim

Prof^ª. Dr^ª. Sílvia Wanick Sarinho

Prof^ª. Dr^ª. Sônia Bechara Coutinho

Prof^ª. Dr^ª. Sophie Helena Eickmann

Fabiana Cristina Lima da Silva Pastich Gonçalves (Representante discente –
Doutorado)

Jackeline Maria Tavares Diniz (Representante discente – Mestrado)

SECRETARIA

Paulo Sérgio Oliveira do Nascimento

Juliane Gomes Brasileiro

Janaína Lima da Paz

*Dedico esta obra a todos os recém-nascidos prematuros que
passaram por minhas mãos.*

A eles, todo o meu cuidado e dedicação.

Agradecimentos

Acima de tudo a Deus, pela vida, pela saúde, porque suas misericórdias se renovam a cada manhã!

Aos meus pais, Vaneide e Elzo Novaes, pelo investimento e empenho em toda a minha formação. Especialmente minha mãe, por toda luta e sacrifício que fizeram chegar até aqui! Muito Obrigada!

Aos meus parentes e família, pelo carinho, votos de confiança e estímulo;

Aos professores do programa do mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente, pelo estímulo à pesquisa e o acolhimento;

A minha orientadora Cláudia Marina, por toda a sua dedicação, paciência, confiança e amizade construída nesses dois anos! Sem esquecer todos os cafês que ela preparou para mim;

A professora Luciane Soares, por toda sua atenção e escuta;

A professora Estela, pela amizade construída, atenção, carinho e dedicação em todo esse percurso;

Aos colegas e amigos que fiz durante os dois anos do mestrado, que a amizade se prolongue por anos;

A todos os profissionais da neonatologia, por me receberem na neonatologia sempre com vários sorrisos, abraços e atenção para comigo e meu projeto! Nunca esquecerei!

A professora Vanessa Lima, por compor minha banca e suas valiosas contribuições. Muito Obrigada!

A professora Lygia Pereira, por me acompanhar no início da minha carreira docente, por toda consideração dispensada a mim e agora compor minha banca;

Ao Paulo, Juliene e Janaína, pela dedicação, paciência e todas as orientações em todo o tempo!!

Ao CAPES, pela concessão da bolsa.

*“Não to mandei eu? Esforça-te, e tem bom ânimo;
não temas, nem te espantes; porque o SENHOR teu
Deus é contigo, por onde quer que andares”*

Josué 1:9 (Bíblia Sagrada)

Resumo

Estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, teve como objetivo primário desvelar a concepção de interdisciplinaridade entre os profissionais que atuam em uma unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital universitário de Pernambuco, sob a perspectiva da Teoria da Complexidade. Fizeram parte do estudo trinta e nove profissionais que assistem ao recém-nascido de risco e sua família de forma direta e indireta no período de maio a agosto de 2013. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada orientada por cinco questões norteadoras. As entrevistas foram analisadas por meio da análise de conteúdo na modalidade temática proposta por Bardin, como também foi utilizado o *software* Atlas/ti 5.0 para a construção das categorias. A análise permitiu a construção de um diagrama com uma categoria central e quatro subcategorias que se entrelaçam e se comunicam, de forma são inseparáveis e interdependentes. A categoria central denomina-se *Interdisciplinaridade e suas interfaces*, a saber: *Conceito de interdisciplinaridade; Vivência da interdisciplinaridade; Atitudes necessárias à promoção da interdisciplinaridade na assistência; Um olhar interdisciplinar para a assistência*. Os profissionais demonstram conhecer a importância da interdisciplinaridade na assistência ao recém-nascido, assim como reconhecem modificações ocorridas ao longo do tempo revelando a mudança de uma percepção fragmentária do cuidar para uma visão integral. Entretanto, os próprios profissionais relatam a necessidade de melhoria no diálogo e cooperação entre a equipe para que a assistência interdisciplinar seja concretizada. Essas categorias mostram uma fração do universo que é a assistência interdisciplinar diante da complexidade do cuidado requerida ao recém-nascido de risco.

Palavra-chave: Sistema único de saúde. Assistência integral à saúde. Cuidado da criança. Unidade de terapia intensiva neonatal. Comunicação interdisciplinar.

Abstract

Descriptive, exploratory and qualitative approach, the study had as main objective to unveil the design of interdisciplinary professionals working in a neonatal intensive care unit of a university hospital in Pernambuco, from the perspective of Complexity Theory. Study were part of the thirty -nine professionals caring for newborns at risk and their families directly and indirectly in the period May-August 2013. Data collection was conducted through semi-structured interviews guided by five guiding questions. The interviews were analyzed using content analysis proposed by Bardin in thematic , was also used as the software Atlas / ti 5.0 for the construction of categories . The analysis allowed the construction of a diagram with a central category and four subcategories that intertwine and communicate, so are inseparable and interdependent. The central category called Interdisciplinary and their interfaces, namely: Concepts of interdisciplinarity; Experience of interdisciplinarity; attitudes needed to promote interdisciplinarity in care; An interdisciplinary approach to care. The professionals know the importance of demonstrating the interdisciplinary care to newborns, as well as recognize changes occurring over time revealing a shift from a fragmented perception of caring for an integral vision. However, the professionals themselves report the need for improvement in the dialogue and cooperation among the staff so that interdisciplinary care is achieved. These categories show a fraction of the universe that is interdisciplinary care due to the complexity of care required of newborns at risk.

Keywords: Single health system. Comprehensive health care. Child care neonatal. Intensive care unit. Interdisciplinary communication.

Sumário

1	APRESENTAÇÃO	13
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1	<i>O cuidar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Uma aproximação com o princípio da integralidade</i>	17
2.2	<i>Conceito de Interdisciplinaridade e a formação dos profissionais de saúde</i>	20
2.3	<i>Teoria da Complexidade como referencial teórico do cuidado na assistência ao RN em situação de risco e familiares</i>	24
3	PERCURSO METODOLÓGICO	27
3.1	<i>Delineamento do estudo</i>	27
3.2	<i>Contexto da Investigação</i>	27
3.3	<i>Processo amostral</i>	28
3.4	<i>Operacionalização da coleta de dados</i>	28
3.5	<i>Análise das entrevistas</i>	30
3.6	<i>Aspectos éticos</i>	31
4	RESULTADOS: Artigo Original	33
	<i>A interdisciplinaridade no contexto de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal</i>	
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERÊNCIAS	59
	APÊNDICES	
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	65
	APÊNDICE B - Instrumentos de coleta dos dados	67
	ANEXOS	
	ANEXO A - Carta de Anuência	69
	ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética	70
	ANEXO C - Normas de Formatação do Periódico	73

1 Apresentação

Apresentação

O número de internações nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é considerado elevado, mediante as diversas situações anormais de nascimento, como prematuridade, baixo peso ao nascer, anóxia, malformações e outras situações clínicas que predis põem os recém-nascidos (RN) a tratamentos especializados para conseguirem sobreviver. As condições de nascimento do neonato causam aos pais impactos e sofrimento, em virtude da separação do filho, ansiedade e muitas expectativas quanto ao tratamento (OLIVEIRA et al, 2005).

Na prática diária, as ações são realizadas isoladamente, de maneira fragmentada e desarticulada, pois os profissionais se mantêm focados em sua própria área de atuação, não havendo articulação entre os diversos saberes. E, esse tipo de prática compromete a comunicação, podendo gerar tensão e desgaste no ambiente de trabalho com consequentemente comprometimento na qualidade da assistência ao recém-nascido.

Observa-se, que a hospitalização em UTIN traz inúmeras implicações para os envolvidos neste processo, ou seja, o recém-nascido, sua família e a equipe profissional atuante, e neste contexto específico de trabalho, o ideal para uma assistência de qualidade é proporcionar um cuidado integral por uma equipe multiprofissional de forma interdisciplinar, atendendo aos princípios do Sistema Único de Saúde (OLIVEIRA et al, 2006).

Guedes e Junior (2010) afirmam que a interdisciplinaridade surge como uma possível solução ao problema da fragmentação na assistência, facilitando a abordagem do paciente de forma mais ampla. A perspectiva do trabalho interdisciplinar possibilita melhores relações de trabalho, aproxima os profissionais das necessidades do doente e contribui para uma assistência de melhor qualidade (MATOS, PIRES, CAMPOS, 2009).

Tendo em vista as múltiplas dimensões, o desafio de construir uma prática interdisciplinar mostra-se fundamental. A construção desse cuidado interdisciplinar envolve articulação de ações e saberes diferenciados dos profissionais atuantes na unidade neonatal, considerando também que a dinâmica dessa interação comporta questões de ordem subjetiva (MENOSSI; LIMA; CORRÊA, 2008).

Partindo-se do pressuposto que o cuidar em unidade neonatal possui múltiplas dimensões, necessitando de diversos olhares para que se possa conhecer o todo, portanto buscamos na Teoria da Complexidade defendida por Edgar Morin (2008), a

sustentação epistemológica que permite elaborar análise, discussão e interpretação de dados com propriedade e coerência científicas.

A teoria da complexidade permite concepções e atitudes que vão além do conhecimento fragmentado (MORIN, 2008). A partir deste referencial teórico e mediante a relevância do tema abordado e principais funções da aplicação da interdisciplinaridade nas ações em saúde, torna-se essencial estudar o conhecimento do profissional que atua na UTIN acerca deste conceito, e como consegue identificar esta aplicabilidade na sua vivência profissional.

Ante o exposto, objetivou-se conhecer a concepção acerca da interdisciplinaridade entre os profissionais que atuam na unidade de terapia intensiva neonatal, se de fato, a assistência ocorre de forma interdisciplinar e quais as atitudes para que tal processo se desenvolva.

Desde a minha graduação em enfermagem, especialmente no último, pois vivenciei de fato um estágio curricular e extracurricular em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), sempre tive uma certeza: “quero cuidar de gente menor do que eu”. Ingressei na residência em enfermagem em saúde da criança no programa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e foi na UTIN desta universidade que aprendi desde a troca das fraldas até a punção arterial da criança mais prematura que havia naquele momento.

A residência do HC/UFPE tem a particularidade de estimular os residentes de enfermagem à docência, pois fazíamos preceptoria de graduação enquanto cumpríamos carga horária e no segundo ano os seminários eram ministrados em sala de aula no departamento de enfermagem. E tudo isso, me conduziu ao ingresso ao mestrado no programa de saúde da criança e do adolescente. E não podia ser diferente, retornei ao lugar que tanto estimo a UTIN do HC/UFPE, com o intuito de realizar minha pesquisa de mestrado, entrevistando os profissionais que prestam assistência de forma direta e indireta aos recém-nascidos e sua família.

O processo de trabalho em saúde apesar de organizado a partir da prática de distintos profissionais é marcado pela determinação de ações, que, muitas vezes, mantém a lógica da fragmentação no cuidado à criança. A dimensão do ser humano de forma integral se perde em meio às distintas categorias profissionais representadas na unidade neonatal.

Essa dissertação está inserida na linha de pesquisa de estudos Educação em Saúde, do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco e foi estruturada em quatro capítulos. O primeiro refere-se à revisão da literatura sobre O cuidar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, os princípios do Sistema Único de Saúde, conceito de interdisciplinaridade, formação dos profissionais e teoria da complexidade.

O segundo capítulo apresenta uma descrição detalhada do percurso metodológico utilizados para realizar a pesquisa. O terceiro capítulo trata-se da apresentação dos resultados da pesquisa sob a forma de artigo original intitulado “A interdisciplinaridade no contexto de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”. No quarto e último capítulo encontram-se as considerações finais sobre os principais achados desse estudo e recomendações para a realização de futuras pesquisas na área.

2 Revisão de Literatura

2.1 O cuidar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Uma aproximação com o princípio da integralidade

A neonatologia moderna teve seu marco inicial na França, em 1880, através da sofisticação de técnicas e equipamentos, garantindo a sobrevivência de bebês prematuros e/ou doentes, até então considerada inviável. Os primeiros cuidados neonatais também surgiram na França, com a invenção da incubadora, idealizada pelo obstetra Stephane Etienne Tarnier (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

As primeiras unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) surgiram como um prolongamento da obstetrícia, as quais tinham por finalidade a manutenção e restauração das condições de vitalidade do recém-nascido, a prevenção da infecção e a diminuição da morbimortalidade. Entretanto, aos poucos a visão biológica, centrada apenas na sobrevivência, foi se modificando e hoje, o cuidar na neonatologia tem por objetivo final proporcionar uma melhor qualidade de vida ao neonato e a sua família (COSTA; PADILHA, 2011).

Atualmente, a unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) é rodeada por equipamentos e rica em tecnologia, além de ser um dos setores de maior especialização do cuidado aos recém-nascidos (RN) dentro das instituições de saúde. É um espaço onde há concentração de diversos profissionais, diferentes tecnologias e saberes, no qual exige grande conhecimento científico, habilidade técnica e capacidade de realizar avaliações criteriosas desses pacientes (DUARTE; SENA; XAVIER, 2009; TERRA et al, 2011).

Como resultado da especificidade exigida para atuação em UTIN, na maioria das vezes, a assistência oferecida aos neonatos fica orientada apenas ao diagnóstico e à terapêutica, em busca da recuperação biológica dos prematuros ou da cura da doença. Portanto, as ações se tornam tão fragmentadas que certamente, não contemplarão as dimensões da criança, considerando sua inserção na família e na sociedade (DUARTE; SENA; XAVIER, 2009).

Cientes de que a hospitalização traz inúmeras implicações tanto para o neonato quanto para a sua família, o trabalho desenvolvido na UTIN não pode se restringir apenas ao RN, mas também aos seus pais. Por isso, é crucial que os profissionais que lidam com o neonato estejam atentos para que seu trabalho não seja realizado de forma

mecanicista, muitas vezes em virtude da intensificação tecnológica, mas que utilizem os recursos disponíveis para garantir uma melhor assistência ao recém-nascido e sua família (TERRA et al, 2011).

O cuidar do RN deve ir além da compreensão profissional do seu objeto de trabalho, que é o corpo individual da criança. Entretanto, é necessário perceber o outro em toda a sua integralidade; privilégio que não pode-ser delegado aos aparelhos e aos procedimentos técnicos em si. E este cuidar na saúde pode ser classificado em duas esferas distintas: uma objetiva que se refere às técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, baseada na sensibilidade, criatividade e intuição (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Portanto, pode-se afirmar que o cuidado faz parte da natureza e da constituição do ser humano, e na perspectiva da atuação em saúde, são seres humanos cuidando do seu semelhante. Portanto, sem esse cuidado essencial e necessário, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, define e perde o sentido. Pois, o cuidado há de estar presente em tudo, o que o torna um fenômeno que é a base possibilitadora da existência humana enquanto humana. (BOFF, 2013).

Diante dessa consciência, surgiu no Brasil, durante os anos 70/80, o Movimento da Reforma Sanitária, pois percebeu-se a necessidade de mudança no olhar predominante biológico sobre o processo saúde/doença da população, assim como uma reestruturação nas políticas públicas de forma que suprisse de forma integral as necessidades da população brasileira. A consolidação do movimento aconteceu através da criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual é amparado pelas leis 8080/90 e 8142/90.

Esta lei define o SUS como um conjunto de ações e serviços, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e fundações mantidas pelo poder público, procurando unificar todas as instituições e serviços de saúde em um único sistema. Tem como objetivo solver a dicotomia existente entre assistência preventiva e curativa, oferecendo atenção integral à saúde (FONTOURA; MAYER, 2006).

Portanto, o Ministério da Saúde preconiza uma assistência à saúde baseada nos princípios do SUS, que são: integralidade, universalidade e equidade. Tais princípios devem ser praticados de forma humanizada, prática, competente e resolutiva, desempenhando ações de cunho coletivo. E tem como atribuições fundamentais:

planejamento de ações; saúde, promoção e vigilância; trabalho interdisciplinar em equipe e abordagem integral à família (BRASIL, 2001).

Mesmo diante destes princípios norteadores, o ideal de assistência à saúde ainda se encontra distante, pois existe fragmentação do processo de trabalho, das relações entre os diferentes profissionais e da rede assistencial, dificultando a complementaridade entre rede básica e sistema de referência; precária interação nas equipes; e, despreparo em lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção à saúde (BRASIL, 2004).

O país ainda demonstra ter uma herança em práticas que vão de encontro aos propósitos e princípios do SUS, na medida em que realiza atendimento individualizado à saúde, através de modelo liberal privatista, comumente praticado, que, em geral, consiste em prática fragmentada, em que predomina a desarticulação e gera inúmeras queixas dos usuários. Para a superação desse modelo de assistência à saúde, impõe-se um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde e, o trabalho alicerçado nessas diretrizes, propicia o princípio da integralidade (MACHADO et al, 2007).

Legalmente, a integralidade é definida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990). No entanto, a integralidade se tornou mais do que princípio e diretriz do SUS; estando relacionada às características desejáveis do sistema de saúde brasileiro, aos objetivos dos profissionais reformadores, enfim, a um conjunto de valores (GONZE: SILVA, 2011).

É um termo com diferentes sentidos e usos. Na ótica dos usuários, integralidade tem sido associada ao tratamento digno, respeitoso e com qualidade de acolhimento e vínculo. Promove assistência ampliada, transformadora, centrada no indivíduo e não aceita a redução deste, nem da doença ao aspecto biológico. Além do atendimento integral, envolve a valorização do cuidado e o acolhimento (FONTOURA; MAYER, 2006).

Por meio da integralidade e da interdisciplinaridade, é possível uma melhor compreensão da complexidade dos fenômenos, diminuindo os efeitos da herança da fragmentação do conhecimento e do olhar, o que favorece uma assistência humanizada pela percepção do homem em suas diversas dimensões (GATTÁS, 2005).

As propostas e diretrizes do SUS defendem a necessidade de pensar o trabalho em equipe multiprofissional, com vistas à interdisciplinaridade, contribuindo, dessa forma, para a concretização da integralidade e de uma assistência com boa qualidade (MATOS; PIRES, 2009).

2.2 Conceito de Interdisciplinaridade e a formação dos profissionais de saúde

Morin (2011) afirma que Descartes foi responsável por formular o chamado “paradigma de simplificação”, que proporcionou o isolamento radical de três grandes campos do conhecimento científico: a física, a biologia e a ciência do homem. Esse paradigma também permitiu os maiores progressos ao conhecimento científico e à reflexão filosófica. Entretanto, uma das consequências dessa forma de pensamento é conhecida hoje como fragmentação do conhecimento que, por sua vez, gerou repercussões desde o ensino primário até a assistência a saúde.

Atualmente, disciplina é uma categoria organizadora dentro do conhecimento científico, a qual institui a divisão e a especialização do trabalho e responde à diversidade das áreas que as ciências abrangem. A organização disciplinar foi instituída no século XIX, notadamente com a formação das universidades modernas. Desenvolveu-se depois, no século XX, com o impulso dado à pesquisa científica (MORIN, 2011).

No início do século XX, na América do Norte, era lançado o relatório de Flexner, o qual tinha por um objetivo introduzir critérios de cientificidade e institucionalidade para regulação da formação acadêmica e profissional no campo da saúde. Dessa forma, Abraham Flexner produziu uma matriz curricular e pedagógica conhecida como Modelo Flexneriano e difundida também como “paradigma biológico flexneriano” (ALMEIDA FILHO, 2010).

Pois, neste modelo há diversos elementos que conduzem o ensino superior em saúde para uma perspectiva exclusivamente biológica da doença, negação da determinação social da saúde, estímulo a disciplinaridade com abordagem reducionista do conhecimento. Do ponto de vista pedagógico, o modelo de ensino era considerado passivo, hospitalocêntrico, individualista e com tendência para a superespecialização (PAGLIOSA ; AURÉLIO DA ROS, 2008)

As ideias Abraham Flexner foram difundidas e absorvidas de tal forma no ensino superior do Brasil, que até hoje estão sendo realizadas medidas e diretrizes para modificar a estrutura curricular vigente. Todavia, a saúde no Brasil sofreu fortes mudanças nas décadas de 80 e 90, influenciando também o ensino superior em saúde, o qual não poderia mais continuar no modelo Flexneriano, o qual era caracterizado como curativista, hospitalocêntrico e superespecializado. Era necessária a substituição desse modelo por um sistema universal, o qual predominasse a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde (GONZALEZ; ALMEIDA, 2010).

Em paralelo a esses acontecimentos, nesse mesmo período, surgia na França, um movimento estudantil que, entre outras questões, reivindicava um ensino mais sintonizado, com maior interação entre as grandes questões de ordem social, política e econômica da época, em movimento contrário ao ensino fragmentado e verticalizado. E, como consequência, emergiu o conceito de interdisciplinaridade (OLIVEIRA et al, 2001; SOUZA; SOUZA, 2009).

A interdisciplinaridade surge de diferentes demandas e visões de mundo, não tendo, portanto, um sentido único, havendo grande dificuldade em chegar a um consenso. Assim, os grandes teóricos formulam suas definições de acordo com as diversas vertentes do conhecimento, como: humanista, representado por Japiassú; crítica humanista, defendida por Minayo e da complexidade, por autores como Morin (GUEDES; JUNIOR, 2010).

Portanto, a abordagem teórica escolhida para condução deste trabalho será a visão da complexidade defendida por Edgar Morin (2011), o qual afirma que a interdisciplinaridade pode ser caracterizada pela troca e pela interação real das disciplinas dentro de um mesmo projeto ou objetivo, através de relações de interdependência e de conexões recíprocas entre os sujeitos inseridos em um determinado contexto.

A esse respeito e, tomando-se como exemplo o trabalho em equipes de saúde, a falta de interação entre os membros de uma equipe pode causar descontentamento, atritos e isolamento dos indivíduos. Como consequência desse desajuste, os profissionais trabalham de forma isolada, perdendo a oportunidade de desenvolver uma assistência holística e interdisciplinar no cuidado ao paciente (WITTENBERG-LYLES et al, 2010)

A diversificação da equipe de saúde, com a incorporação de profissionais de diversas áreas, torna sua composição cada vez mais complexa, pois aumenta a divisão do trabalho entre as áreas especializadas, comprometendo a visão global daqueles que prestam cuidados de saúde e, na prática assistencial, na maioria das vezes, não acontece a interação profissional, nem a articulação de saberes e ações (MATOS; PIRES, 2009).

No trabalho em saúde, a interdisciplinaridade pode ser compreendida como uma forma de se abordar determinadas situações ou problemas por meio da integração e da articulação de diferentes saberes e práticas, horizontalizando saberes e relações de poder, com valorização do conhecimento e das atribuições de cada categoria profissional (SOUZA; SOUZA, 2009).

Equipes interdisciplinares têm se tornado essenciais na organização de trabalho em instituições de saúde, pois têm representado um importante facilitador na obtenção de resultados positivos e custo-benefício em várias configurações organizacionais. Em nenhum outro lugar, uma equipe interdisciplinar é tão importante quanto em um ambiente hospitalar, pois sua natureza complexa requer experiência e conhecimento de diversos indivíduos para que possam trabalhar em conjunto e resolver os problemas do paciente em toda a sua complexidade (KUZIEMSKY et al, 2009).

Trabalhar em equipe interdisciplinar vai além da troca real entre as disciplinas e a complexidade do ambiente hospitalar, é necessário ter comunicação adequada entre os membros atuantes. Chang et al (2010) afirma que 15% dos erros médicos cometidos em unidade de terapia intensiva podem ser atribuídos a problemas de comunicação. E esta falha não é apenas definida pela má transmissão ou troca de informação, mas também envolve diferenças hierárquicas, conflitos de poder interpessoais que comprometem a assistência a saúde.

Em um ambiente dinâmico, como a unidade de terapia intensiva, a comunicação verbal pode ser uma grande fonte de construção de confiança entre os diversos profissionais, fortalecendo as relações de trabalho e gerando a conscientização de que a experiência de cada um pode levar a uma maior colaboração em torno das decisões na assistência ao paciente e sua família (COLLINS; CURRIE, 2009).

Percebe-se, dessa forma, que para realizar uma assistência integral e interdisciplinar em saúde é necessária uma equipe que se comunique de maneira adequada e que reconheça a multidimensionalidade do ser humano, uma vez que, um

profissional isolado não consegue perceber todas as dimensões humanas do cuidar (MATOS; PIRES, 2009).

Pode-se perceber a complexidade do objeto saúde/doença, evidenciando a impossibilidade de uma visão exclusivamente disciplinar. Somente categorias interdisciplinares de investigação, com produções coletivas podem promover aproximações do entendimento quanto a essa complexidade (MANCOPES, 2009).

Há de se compreender a saúde a partir do conceito de equilíbrio dinâmico entre os diversos órgãos e funções da unidade do organismo, assim como, entre o indivíduo e o ambiente (OLIVEIRA, 2007). Assim, não há como entender saúde e assistência de forma estática, nem apenas por uma mesma perspectiva, visto que seus determinantes são variados e não estão restritos apenas ao corpo biológico.

Assim, a interdisciplinaridade se torna uma necessidade no lidar com a saúde, sendo indispensável em sua aplicabilidade, uma mudança significativa dos paradigmas tradicionais norteadores da formação dos profissionais de saúde, visando uma compreensão da pessoa humana de forma holística e integral (OLIVEIRA, 2007).

Com o intuito de modificar a estrutura curricular no ensino superior em saúde, rompendo com as raízes do modelo Flexneriano, o Ministério da Educação (MEC) instituiu a Lei de Diretrizes e Bases para a Educação (LDB Lei nº 9.394/96), a qual normatiza o ensino brasileiro. A definição e a implementação da LDB trouxeram oportunidade de ruptura do atual modelo de formação dos profissionais, ao propor a superação do antigo modelo de “currículos mínimos”, permitindo as instituições de Ensino Superior implementarem projetos pedagógicos inovadores, capazes de adequar a formação profissional às necessidades do país e das regiões, como uma tentativa voltada a interdisciplinaridade, assim como para as necessidades do SUS (BERARDINELLI; SANTOS, 2005).

Em 2001, o MEC lançou as Orientações para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação, nas quais é enfatizada uma formação que articule teoria e prática (BRASIL, 2001a). Portanto, desde 2001 foram editadas as Diretrizes para os Cursos da Saúde, com descrição do perfil desejado do formando, bem como suas competências e habilidades para atuação na realidade do mercado de trabalho, no âmbito do ideário da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2001b).

Ainda em 2001, o Conselho Nacional de Educação instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina

e Nutrição, nas quais afirmam que, na estrutura destes cursos, as atividades teóricas e práticas devem ser direcionadas de forma integrada e interdisciplinar desde o início dos cursos, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais.

O caminho que as instituições de ensino superior precisam percorrer para formar profissionais que atuem de forma interdisciplinar é por meio da reforma do pensamento, isto é, reduzindo a influência do cartesianismo e dos pensamentos simplistas, para privilegiar o conhecimento das partes e entre as partes no seu contexto (SILVA; FREITAS, 2010).

É necessário deslocar o eixo da medicalização para o da atuação interdisciplinar, intensificar o respeito aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de maneira que cada cidadão se sinta acolhido, protegido e atendido em suas necessidades. O grande desafio das instituições de ensino superior é formar, na área da saúde, profissionais mais humanistas, capazes de atuar na integralidade da atenção à saúde e em equipe multiprofissional, características estas indispensáveis ao profissional que irá atuar em serviços do SUS (ROSSONI; LAMPERT, 2004).

2.3 Teoria da Complexidade como referencial teórico do cuidado na assistência ao RN em situação de risco e familiares

Em princípio, complexidade é um tecido (*complexus*: significa tecido junto), de constituintes heterogêneos, nos quais o uno e o múltiplo estão inseparavelmente associadas. No segundo momento, complexidade é efetivamente o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos que constituem o mundo fenomênico (MORIN, 2011).

Entretanto, a humanidade vive sob o império do “paradigma da simplificação”, o qual é constituído pelos princípios da disjunção, da redução e da abstração. Tal paradigma foi fundado por Descartes, pois separou o sujeito pensante (*ego cogitans*) e a coisa entendida (*res extensa*), isto é, filosofia e ciência, o próprio pensamento disjuntivo. Dessa forma, o princípio de disjunção isolou radicalmente uns dos outros grandes campos do conhecimento científico: a física, a biologia e a ciência do homem (MORIN, 2011).

Por outro lado, o pensamento complexo compreende que o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo e que o todo depende, simultaneamente, do

conhecimento das partes. É um sistema aberto abrangente e flexível que não reduz a multidimensionalidade a explicações simplistas ou a esquemas fechados de ideias. Defende, ainda, que o ser humano seja a um só tempo físico, biológico, psíquico, cultural, social e histórico (MORIN, 2008).

Apesar de o avanço no conhecimento científico ter propiciado condições para o desenvolvimento de tecnologia material e esta promover inúmeras vantagens no campo da saúde, torna-se necessário repensar a forma de como esses profissionais têm realizado essa assistência. É preciso contextualizar cada acontecimento, pois os fatos não acontecem separadamente. A complexidade parte da noção de totalidade, integralidade e incorpora a multidimensionalidade, favorecendo a reflexão do cotidiano, especialmente na assistência à saúde (SILVA; FREITAS, 2010).

A universidade exerce importante papel social, visando a construção do conhecimento científico e formas de interação com a prática mediante condições que estimulam a reflexão, a capacidade de observação, a análise crítica e a resolução de problemas. Isso significa superar a fragmentação e a linearidade do conhecimento, a centralização no papel do professor e a carência de contextualização (SILVA; CAMILLO, 2007).

Por meio destes princípios, a teoria da complexidade propõe uma educação emancipadora, justamente porque favorece a reflexão do cotidiano, o questionamento e a transformação social. Portanto, para que se tenha uma assistência e um profissional que atue de forma integral, a educação precisa ser repensada a partir de uma visão totalizadora, para que não permaneça na inércia da fragmentação e da excessiva disciplinarização, compreendendo a vida em todas as suas possibilidades e limitações (PETRÁGLIA, 2000).

Ciente de que o cuidado em saúde é visto como um sistema complexo, que vai além da simples interação e integração de saberes, e para que haja uma assistência de qualidade, integral e interdisciplinar é preciso superar os limites da disciplinarização e da fragmentação.

3 Percurso Metodológico

3.1 Delineamento do estudo

Para entender a concepção, as facilidades e as dificuldades acerca da interdisciplinaridade, sob a visão da equipe que atua na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal foi proposto um estudo descritivo do tipo exploratório, conduzido pela abordagem qualitativa. No estudo descritivo, o objetivo primordial é especificar as propriedades, as características e os perfis importantes de pessoas, grupos, comunidades ou qualquer fenômeno que se submeta à análise (SAMPIERI, 2006). Já a pesquisa exploratória permite investigar a natureza, o modo como se manifestam os fenômenos, bem como outros fatores relacionados (POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa qualitativa se fundamenta na tentativa de compreender um problema na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, compreende questões muito particulares. Trabalha-se com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a uma dimensão mais profunda das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser simplificados à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2008).

Essa pesquisa faz parte do projeto Pró-Ensino na Saúde que tem como título “Educação e Saúde na promoção à saúde da criança e do adolescente: um contexto interdisciplinar” coordenado pela professora Dr^a Luciane Soares de Lima do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco.

3.2 Contexto da Investigação

A pesquisa foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva neonatal (UTIN) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco - HC/UFPE, localizada no município de Recife - PE. A instituição de saúde está vinculada ao Ministério da Educação e Desporto, e tem como função básica apoiar o ensino de graduação e Pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde.

Considerado um hospital modelo entre as unidades universitárias de saúde, reúne profissionais renomados e serve de campo de atuação para centenas de estudantes de Medicina, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Odontologia e Serviço Social.

A UTIN está situada na ala sul do 4º andar, é uma unidade anexa ao Centro Obstétrico e admite apenas recém-nascidos, cujos partos aconteceram no referido hospital. Possui oito leitos de terapia intensiva e 10 de cuidados intermediários.

3.3 Processo amostral

A amostra utilizada foi do tipo intencional, na qual o pesquisador pôde escolher previamente os sujeitos da pesquisa, ou seja, foram selecionados aqueles que mais poderiam contribuir para as necessidades de informação do estudo (POLIT; BECK, 2011).

No entanto, não há regras rígidas para o tamanho da amostra na pesquisa qualitativa, sendo o princípio da saturação de dados utilizado neste estudo, ou seja, o tamanho da amostra relacionou-se com o ponto em que não houve mais informações novas e se alcançou a redundância (MINAYO, 2008).

A amostra foi composta por profissionais de distintas categorias que prestam assistência na UTI, de forma direta e indireta, atendendo assim aos critérios de inclusão. Foi definido como critério de exclusão profissionais que estavam em férias e/ou licença, ou seja, afastados de suas atividades profissionais no período da coleta.

Ao final, a amostra foi composta por 39 indivíduos, sendo 12 enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem, 10 médicos, três fisioterapeutas, um nutricionista, um assistente social e um psicólogo. Dentre estes, estão incluídos uma médica e uma enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem do Banco de Leite Humano do Hospital das Clínicas.

Para determinada categoria de profissionais de saúde que estava representada por quantitativo inferior ou igual a quatro, todos foram convidados a participar. Entretanto, as demais categorias, foram selecionadas segundo o critério da intencionalidade, por meio de sorteio dos sujeitos de acordo com os plantões e regime de trabalho, atendendo também aos critérios de saturação.

3.4 Operacionalização da coleta de dados

O período da coleta de dados ocorreu durante os meses de maio a agosto de 2013. O profissional era convidado a participar do estudo através de contato na própria UTIN. E, a coleta propriamente dita, de acordo com a disponibilidade do profissional, agendando-se o momento mais oportuno.

O instrumento utilizado para a realização do estudo foi uma entrevista do tipo semiestruturada (APÊNDICE A), a qual foi dividida em duas partes.

A primeira parte abordou dados gerais do sujeito da pesquisa, tais como idade, sexo, profissão, formação complementar, tempo de formação de exercício da profissão e de atuação na UTIN, regime de trabalho e atuação em outros locais de trabalho. A segunda parte buscou compreender a concepção acerca da interdisciplinaridade na assistência ao recém-nascido, havendo espaço para expressão livre dos sujeitos, daquilo que julgassem pertinentes para o estudo.

A entrevista, tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema específico é a estratégia mais usada no trabalho de campo. O sujeito participante fala livremente sobre um tema estudado e, as perguntas do investigador buscam dar mais profundidade às reflexões (MINAYO, 2012).

Foi realizado também um estudo piloto em uma UTIN de outra instituição de saúde, com a finalidade de ajustar o instrumento de coleta de dados para evitar transtornos, além de dirimir dúvidas da proposta de entrevista, no decorrer da pesquisa propriamente dita. Após o estudo piloto, a pesquisadora ajustou as questões norteadoras de modo que contemplassem os objetivos propostos, emergindo algumas categorias utilizadas nesse estudo, finalizando da seguinte forma:

Quadro de Análise – Pergunta Norteadora / Categoria

Pergunta Norteadora		Categoria de Análise
1	• O que você entende por interdisciplinaridade?	✓ Conceito de interdisciplinaridade
2	• Você acha que nesta unidade, o trabalho ocorre de forma interdisciplinar?	✓ Vivência da interdisciplinaridade
3	• Que aspectos poderiam promover/facilitar uma prática interdisciplinar na assistência à criança na UTI Neonatal?	✓ Atitudes necessárias à promoção da interdisciplinaridade ✓ Um olhar interdisciplinar para a assistência

A coleta de dados foi precedida pela ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) pelos sujeitos da pesquisa, com a devida explicação acerca dos objetivos, dos critérios e modos de participação, assim como dos riscos e benefícios da pesquisa.

Visando obter pertinência quanto às entrevistas obtidas a partir dos critérios de homogeneidade, todas as entrevistas foram realizadas, abordando a interdisciplinaridade como tema e foram obtidas por intermédio da aplicação de técnicas idênticas direcionadas aos profissionais atuantes no mesmo ambiente de trabalho, embora pertencentes a categorias profissionais distintas.

A entrevista foi realizada individualmente no próprio ambiente de trabalho, em local reservado, conforme disponibilidade do entrevistado, conduzida pela própria pesquisadora e foi registrado em gravador de voz digital (Sony ICD-PX312) com duração média de 15 minutos. As falas foram transcritas na íntegra no mesmo dia da realização das entrevistas. Optaram-se pela seguinte padronização para situar as falas: [] pausa durante as falas; [...] recortes de outras falas; ... recortes da mesma fala; () observações complementares de conteúdos e elementos não verbais.

Com o objetivo de garantir o anonimato, os profissionais participantes tiveram seus nomes substituídos pela letra inicial de sua categoria profissional, seguido do número de ordem da entrevista, por exemplo: Os médicos foram categorizados por M1, M2, Enfermeiros por E1, E2, Técnicos de Enfermagem por T1, T2, os Fisioterapeutas por F1, F2, Nutricionistas por N1, Psicólogo por P1, Assistente Social por AS1, respeitando-se a função exercida.

3.5 Análise das entrevistas

Após a transcrição das entrevistas, o produto foi analisado por meio da análise de conteúdo na modalidade temática proposta por Bardin (2011) e à luz da Teoria da Complexidade (MORIN, 2008).

Esse tipo de análise organiza-se em: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação.

Inicialmente, através da pré-análise foi realizada uma leitura flutuante sobre as entrevistas a fim de se estabelecer o contato com as mesmas, deixando-se invadir por

impressões e orientações. A partir disto e da determinação do objeto de estudo, teve-se o direcionamento sobre os materiais, a ponto de escolher as entrevistas que fornecessem informações sobre o problema levantado, e venha a constituir o corpus, que corresponde ao conjunto de documentos que podem ser submetidos a processos analíticos.

Após a realização da pré-análise, passou-se para a exploração do material em que foram realizados recortes do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para registro de dados.

Codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo (BARDIN, 2011)

Segundo Bardin (2011), as unidades de registro correspondem à unidade de significação codificada e corresponde ao segmento do conteúdo considerado unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial. As unidades de registro podem ser de natureza e de dimensões muito variáveis, portanto, a partir destas, surgem os temas ou categorias centrais que são utilizados para o estudo das entrevistas.

Para auxiliar na análise dos dados, foi utilizado o *software* Atlas/ti 5.0, que é um programa de análise de dados qualitativos, útil para a organização de grande quantidade de textos, gráficos, informações de áudio ou vídeo, além de ajudar a estabelecer relações e a construir categorias (MUHR, 2004).

3.6 Aspectos éticos

Como requisito para início da coleta de dados, o projeto de pesquisa foi aprovado para análise e parecer no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CCS/UFPE), sendo aprovado (Parecer nº 209.680 de 04/03/2013, CAAE nº 10750512.5.0000.5208).

4 Artigo Original

c

TÍTULO: A interdisciplinaridade no contexto de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUBTÍTULO: Concepções sobre interdisciplinaridade entre os profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal¹

NOVAES, Livia Fernanda Guimarães ²

² Enfermeira. Especialista em Saúde da Criança. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente/UFPE, Recife- PE. Rua Doutor José Maria, nº 217, apto 216. Encruzilhada, Recife- PE – Brasil. CEP: 52041-000. E-mail: livia_upe@hotmail.com: 55(81) 3427-9251

¹Artigo formatado segundo as normas do Journal of Clinical Nursing.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores deste artigo não identificaram conflito de interesses de nenhuma natureza com a presente revista.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa recebeu financiamento específico do projeto Pró – ensino na Saúde que tem como título “Educação e Saúde na promoção à saúde da criança e do adolescente: Um contexto Interdisciplinar” coordenado pela professora Dr^a Luciane Soares de Lima da Universidade Federal de Pernambuco por meio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

RESUMO

OBJETIVO: Desvelar a concepção de interdisciplinaridade entre os profissionais que atuam em uma unidade de terapia intensiva neonatal, sob a perspectiva da Teoria da Complexidade. **CONTEXTO:** O desafio de construir uma prática interdisciplinar mostra-se fundamental, tendo em vista as múltiplas dimensões do cuidar, a construção da assistência interdisciplinar envolve a articulação de ações e saberes diferenciados dos profissionais atuantes na unidade neonatal. **MÉTODO:** Estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa. Fizeram parte do estudo trinta e nove profissionais que atuam na unidade de terapia intensiva neonatal em um hospital universitário de Pernambuco, nordeste do Brasil. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada orientada por cinco questões norteadoras. Os dados apreendidos foram tratados por meio da análise de conteúdo na modalidade temática proposta por Bardin, como também foi utilizado o *software* Atlas/ti 5.0 para a construção das categorias. **RESULTADOS:** A análise permitiu a construção de um diagrama com uma categoria central e quatro subcategorias que se entrelaçam e se comunicam, de forma são inseparáveis e interdependentes. A categoria central denomina-se *Interdisciplinaridade e suas interfaces*, a saber: *Conceito de interdisciplinaridade; Vivência da interdisciplinaridade; Atitudes necessárias à promoção da interdisciplinaridade na assistência; Um olhar interdisciplinar para a assistência*. **CONCLUSÕES:** Os profissionais demonstram conhecer a importância da interdisciplinaridade na assistência ao recém-nascido, assim como reconhecem modificações ocorridas ao longo do tempo revelando a mudança de uma percepção fragmentária do cuidar para uma visão integral. Entretanto, os próprios profissionais relatam a necessidade de melhoria no diálogo e cooperação entre a equipe para que a assistência interdisciplinar seja concretizada. Essas categorias mostram uma fração do universo que é a assistência interdisciplinar e complexa ao recém-nascido de risco. **RELEVÂNCIA PARA A PRÁTICA CLÍNICA:** Entende-se que para realizar uma assistência integral e de qualidade aos recém-nascidos e sua família, é necessário que os profissionais atuantes no complexo ambiente da unidade de terapia intensiva neonatal, possuam relações de reciprocidade, mutualidade e substituição da concepção fragmentária por um entendimento unitário e multidimensional do ser humano, trata-se, portanto, de um movimento de renovação.

Palavras – chave: Assistência integral à saúde. Cuidado da criança. Neonatologia. Comunicação interdisciplinar. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To understand the concept of interdisciplinary professionals working in a neonatal intensive care, from the perspective of Complexity Theory.

BACKGROUND: The challenge of building an interdisciplinary practice has proven crucial in view of the multiple dimensions of care; building interdisciplinary care involves the coordination of actions and knowledge of different professionals working in the neonatal unit. **METHOD:** A descriptive, exploratory qualitative study approach. Study were part of the thirty -nine professionals working in neonatal intensive care unit in a university hospital in Pernambuco, northeastern Brazil. Data collection was conducted through semi-structured interviews guided by five guiding questions. Data obtained were processed by means of content analysis proposed by Bardin in thematic, was also used as the software Atlas / ti 5.0 for the construction of categories.

RESULTS: The analysis allowed the construction of a diagram with a central category and four subcategories that intertwine and communicate so are inseparable and interdependent. The central category called Interdisciplinary and their interfaces, namely: Concepts of interdisciplinarity; Experience of interdisciplinarity; attitudes needed to promote interdisciplinarity in care; an interdisciplinary approach to care.

CONCLUSIONS: Professionals show know the importance of interdisciplinary care in the newborn , as well as recognize changes occurring over time revealing a shift from a fragmented perception of caring for an integral vision . However, the professionals themselves report the need for improvement in the dialogue and cooperation among the staff so that interdisciplinary care is achieved. These categories show a fraction of the universe that is interdisciplinary and complex newborn care risk. **RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE:** It is understood that to conduct a comprehensive and quality services to newborns and their family assistance, it is necessary for working in the complex environment of the intensive care unit neonatal professionals, have relations of reciprocity, mutuality and replacement the fragmentary conception by a unitary and multidimensional understanding of human beings, therefore it is a renewal movement.

Keywords: Comprehensive health care. Child care. Neonatology. interdisciplinary communication. Qualitative research.

Introdução

A neonatologia moderna teve seu marco inicial na França, em 1880, através da sofisticação de técnicas e equipamentos, garantindo a sobrevivência de bebês prematuros e/ou doentes, até então considerada inviável (SÁ NETO & RODRIGUES, 2010).

As primeiras unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) surgiram como um prolongamento da obstetrícia, as quais tinham por finalidade a manutenção e restauração das condições de vitalidade, a prevenção da infecção e a diminuição da morbimortalidade de recém-nascidos. Entretanto, aos poucos a visão biológica, centrada apenas na sobrevivência, foi se modificando e atualmente, o cuidar na neonatologia tem por objetivo final proporcionar uma melhor qualidade de vida ao neonato e sua família (COSTA & PADILHA, 2011).

Desta forma, a UTIN tornou-se um dos setores de maior especialização de cuidado dentro das instituições de saúde. E nesse ambiente restrito há concentração de diversas profissões, diferentes tecnologias e saberes. Portanto, a assistência oferecida é conduzida para recuperação biológica de prematuros ou cura de doença congênita e/ou adquirida, nesta fase inicial da vida (DUARTE *et al.* 2009). O cuidar do RN deve ir além da compreensão profissional do seu objeto de trabalho, que é o corpo físico, portanto, é necessário perceber o outro em toda a sua integralidade (SÁ NETO & RODRIGUES, 2010).

Para o Sistema Único de Saúde (1990), integralidade é definida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de público de saúde. Por sua vez, a integralidade do cuidado, na intervenção hospitalar pode acontecer mediante a articulação de diferentes profissionais, com diferentes saberes e práticas. Entretanto, para ter a compreensão integral de um recém-nascido de risco é necessário uma interlocução efetiva entre os atores que compõem a UTIN, visto que nenhum profissional isolado consegue suprir todas as necessidades específicas de cada indivíduo em sua singularidade (PIROLO *et al.* 2011).

A rotina de uma UTIN se apresenta permeada de incertezas, instabilidades, imediatismos e urgências, assim como uma diversidade de profissionais e suas

especialidades que são cada vez mais necessários de acordo com a demanda. Diante desse contexto, e, considerando a existência premente de fragmentação no lidar com essa realidade, a perspectiva de uma prática disciplinar surge como possibilidade de amenizar divergências de condutas (MATOS *et al.* 2012).

Sob esse enfoque, a interdisciplinaridade é aqui entendida pela troca e interação real de disciplinas dentro de um mesmo projeto ou objetivo, através de relações de interdependência e de conexões recíprocas entre os sujeitos inseridos em um determinado contexto (MORIN 2011).

Na perspectiva da assistência em saúde, afirma-se que em nenhum outro lugar, a ação interdisciplinar se faz tão importante quanto em um ambiente hospitalar, pois sua natureza complexa requer experiência e conhecimento de diversos indivíduos para que possam trabalhar em conjunto e resolver os problemas do paciente em toda a sua complexidade e singularidade (KUZIEMSKY *et al* 2009)

O pensamento complexo nos proporciona um olhar global modificado no que se refere à dinâmica da organização do mundo e dos seres humanos. Então, permite a compreensão que as intrínsecas relações não podem ser focadas sob um mesmo ângulo, ou seja, por meio do paradigma da simplificação. Este, por sua vez, predomina o pensamento ocidental desde o século XVI, através de uma visão reducionista, mutiladora e unidimensional de fenômenos humanos, com a incapacidade de conceber a complexidade da realidade antropossocial (MORIN 2011).

De modo divergente a forma reducionista de pensar, a teoria da complexidade pode ser compreendida como um tecido de constituintes heterogêneos inseparavelmente associados, no qual efetivamente acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações e acasos consituem o mundo fenomênico (MORIN 2011).

O olhar da complexidade é um modo de compreender o mundo, integrando as relações que sustentam a coexistência entre os seres, possibilitando o reconhecimento da ordem e desordem, do uno e diverso, da estabilidade e da mudança. Há alguns princípios envolvidos na teoria da Complexidade, os principais são: Dialógico, Recursivo e oologramático, que constituem um conjunto de ações ligadas, integradas, proporcionando uma visão e um pensamento multidimensional (MORIN 2013a).

O princípio Dialógico permite inferir que há duas lógicas, dois princípios associados no seio de uma unidade, sendo estes ao mesmo tempo complementares e antagônicos. De modo que o homem é ser unidual, pois é totalmente biológico e cultural a um só tempo (MORIN 2013).

O princípio Recursivo promove o rompimento da causalidade linear, uma vez que a sociedade é o produto das interações entre seus indivíduos, ao mesmo tempo as características de cada sociedade em particular, retroagem sobre os indivíduos humanos, como um processo em circuito, onde a causa age sobre o efeito, e o efeito sobre a causa (MORIN 2013).

O princípio Hologramático possibilita a visualização do aparente paradoxo das organizações complexas, cuja a parte está no todo, e o todo está na parte, assim como em um holograma. A interface desse princípio pode ser vista sob os aspectos biológicos e sociológicos, ou seja, a informação genética está em cada uma das células do corpo. Assim, como a cultura, a crença e o comportamento de uma sociedade está cravada na mente de seus integrantes (MORIN 2013b).

A necessidade de desvelar a concepção da interdisciplinaridade na assistência ao recém-nascido dentro da UTIN à luz da Teoria da complexidade, é o fio condutor deste estudo, uma vez que o princípio da interdisciplinaridade é fundamental na assistência em saúde, principalmente ao recém-nascido de risco, dadas as características de cuidados específicos.

De forma que esse olhar não pode ser estanque, único e pontual, mas integrado e interdisciplinar. Assim como o cuidado aos recém-nascidos é permeado por inúmeras questões, a complexidade não possui fronteiras nítidas entre “causa” e “efeito”, “uno” e “múltiplo”, constituindo-se em um conjunto de aspectos complexos, que impulsionam à investigação da concepção da interdisciplinaridade.

Diante desse contexto, surge como problema a seguinte questão: qual a concepção que os profissionais de saúde de uma equipe que atua em UTIN têm da interdisciplinaridade na assistência às crianças e família, à luz da Teoria da Complexidade? Este estudo teve como objetivo desvelar o conceito de interdisciplinaridade dos profissionais que atuam em uma unidade de terapia intensiva neonatal.

Percurso Metodológico

Este estudo tem um desenho descritivo, realizado por meio da abordagem qualitativa, cuja escolha se deu pelo fato desta abordagem permitir a compreensão de um problema na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, além de conseguir apreender questões muito particulares. Trabalha-se com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a uma dimensão mais profunda das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser simplificados à operacionalização de variáveis (MINAYO 2008).

A apreensão do material empírico ocorreu na UTI neonatal de um hospital escola da Cidade do Recife- PE. A amostra foi composta por profissionais diversos que prestam assistência aos recém-nascidos de forma direta e indireta, atendendo assim os critérios de inclusão. Foi definido como critério de exclusão os profissionais que estavam de férias e/ou licença, ou seja, afastados de suas atividades no período da coleta.

Ao final, a amostra foi composta por trinta e nove indivíduos, sendo doze enfermeiros, onze técnicos de enfermagem, dez médicos, três fisioterapeutas, um nutricionista, um assistente social e um psicólogo. Dentre estes estão incluídos uma médica e uma enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), e uma enfermeira e uma técnica de enfermagem do Banco de Leite Humano.

O período da coleta de dados ocorreu durante os meses de maio a agosto de 2013, geralmente no período da tarde, uma vez que o volume de atividades torna-se reduzido nesse horário. O contato era feito na própria UTIN de acordo com a disponibilidade do profissional e ou agendava-se um momento mais oportuno para a participação do estudo. No primeiro momento encaminhava o participante a uma sala reservada para garantir a confidencialidade da entrevista, em seguida era realizada a explanação sobre o estudo, sua importância e contribuições, assim como a informação acerca da gravação da entrevista por meio de um gravador de voz digital (Sony ICD-PX312).

O instrumento utilizado para a realização do estudo foi uma entrevista do tipo semiestruturada, a qual foi dividida em duas partes. Ressalta-se que o instrumento foi

testado previamente em outra instituição com a finalidade de verificar a coesão e clareza das perguntas. A primeira parte abordou dados gerais do sujeito participantes, tais como idade, sexo, profissão, formação complementar, tempo de formação, de exercício da profissão e de atuação na UTIN, regime de trabalho e atuação em outros locais de trabalho.

A segunda parte consistia em perguntas abertas que indagava a concepção acerca da interdisciplinaridade; se a assistência ao recém-nascido ocorre de forma interdisciplinar e quais os processos facilitadores para a interdisciplinaridade na assistência à criança na UTI neonatal. Durante a entrevista, o pesquisador também solicitava que os sujeitos fizessem colocações que julgassem pertinentes para o estudo.

As entrevistas tiveram duração média de 15 minutos e as falas foram transcritas na íntegra no mesmo dia da realização das entrevistas. Optaram-se pela seguinte padronização para situar as falas: [] pausa durante as falas; [...] recortes de outras falas; ... recortes na mesma fala; () observações complementares de conteúdos e elementos não verbais.

Com o objetivo de garantir o anonimato, os profissionais participantes tiveram seus nomes substituídos pela letra inicial de sua categoria profissional, seguido do número de ordem da entrevista, por exemplo: Os médicos serão categorizados por M1, M2, Enfermeiros por E1, E2, Técnicos de Enfermagem por TE1, TE2, os Fisioterapeutas por F1, F2, Nutricionistas por N1, Psicólogo por P1, Assistente Social por AS1, respeitando-se a função exercida.

O material coletado foi submetido à técnica de análise de conteúdo de Bardin (2009) para organização dos dados. Esse tipo de análise organiza-se em: (a) pré-análise com o objetivo de se estabelecer o contato com as mesmas, deixando-se invadir por impressões e orientações; (b) exploração do material, em que foram realizados recortes do texto em unidades comparáveis de categorização para a análise temática e de modalidade de codificação para registro de dados; (c) e tratamento dos resultados e a interpretação, na qual os resultados brutos foram tratados de maneira a tornarem-se significativos e válidos, através da construção de quadros de resultados.

Para auxiliar a análise dos dados, foi utilizado o *software* Atlas/ti 5.0, que é um programa de análise de dados qualitativos, útil para a organização de grande quantidade

de textos, gráficos, informações de áudio ou vídeo, além de ajudar a estabelecer relações e a construir categorias (MUHR 2004).

Este estudo foi previamente encaminhado para análise e parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (Parecer nº 209.680 de 04/03/2013, CAAE nº 10750512.5.0000.5208). Todos os profissionais entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, antes da coleta de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao desvendar os significados das entrevistas pela equipe multiprofissional da unidade de terapia intensiva neonatal, emergiram aspectos comuns que favoreceram a elaboração de uma ampla categoria temática. Para expressar de forma mais fidedigna e didática, os discursos, optou-se por uma explanação do tema em subcategorias. Desta forma, o modelo abaixo demonstra o processo de distribuição das subcategorias.

Distribuição da categoria central e subcategorias empíricas sobre aspectos conceituais e práticos da interdisciplinaridade.

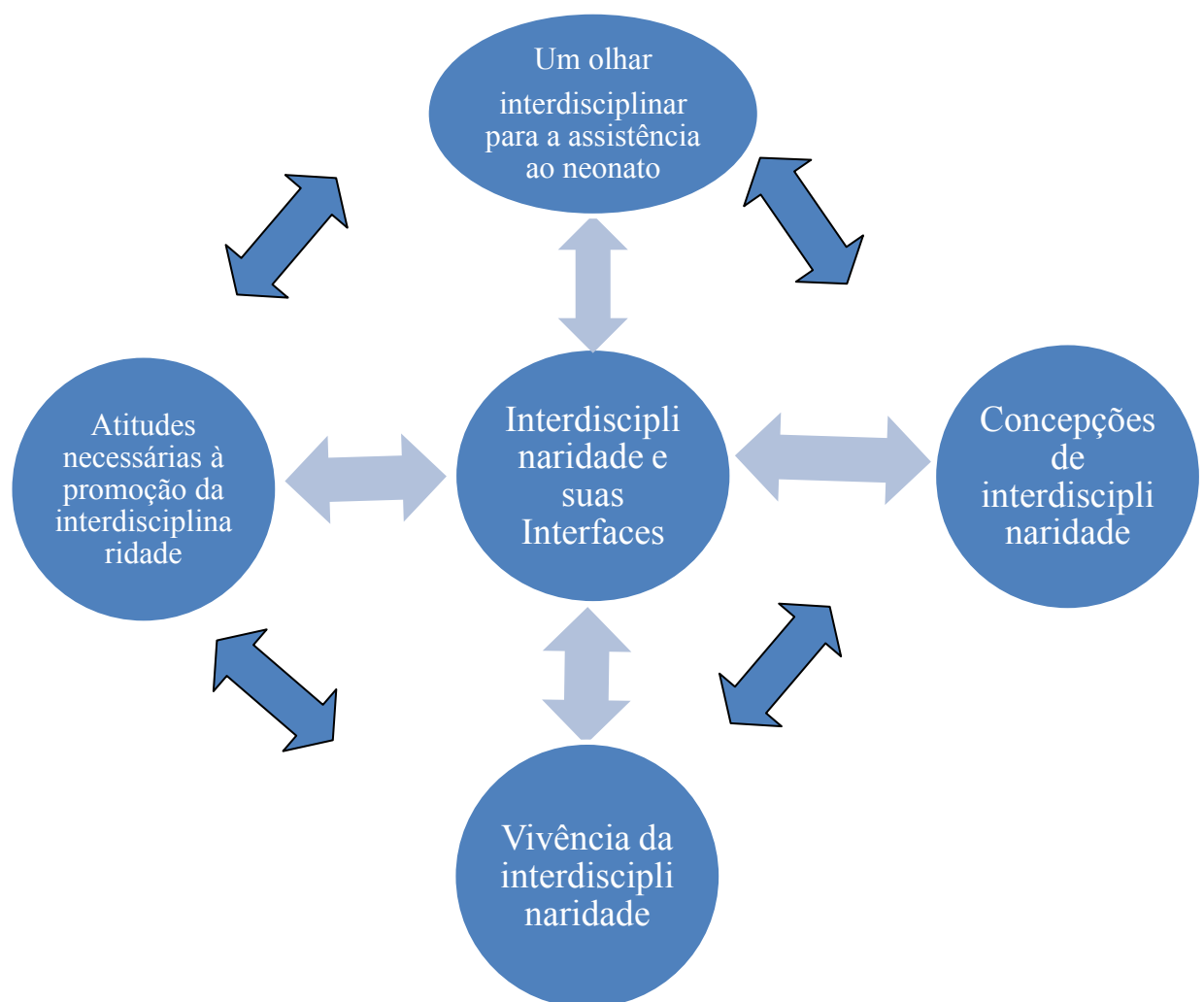


Diagrama 1 - A interdisciplinaridade e suas interfaces

Esta categoria agrupa os significados construídos pelos entrevistados acerca dos aspectos conceituais e práticos de interdisciplinaridade, sendo composta por quatro subcategorias: Conceito de interdisciplinaridade; vivência da interdisciplinaridade; atitudes necessárias à promoção da interdisciplinaridade; e, um olhar interdisciplinar para a assistência.

O pensar, o saber e o fazer dos profissionais da saúde constituem, uma tarefa complexa que implica a interação de várias disciplinas do conhecimento humano, a ação articulada das diversas profissões da área da saúde e, sobretudo, entre diversos setores, condição mínima necessária para uma assistência de qualidade (OLIVEIRA 2007).

A compreensão sobre a interdisciplinaridade é essencial na sensibilização dos profissionais de saúde, comprometidos com uma assistência integral ao recém-nascido que requer cuidados de alta complexidade.

Concepções sobre interdisciplinaridade

Neste grupo emergiu o conceito de interdisciplinaridade dos participantes conforme seus conhecimentos acerca do assunto. Para estes, a interdisciplinaridade consiste na ação conjunta desenvolvida por vários profissionais, através da interação e colaboração entre as diversas categorias envolvidas no processo do cuidado ao RN. Assim como, também perceberam a diferença entre multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, como mostram as falas a seguir:

Entendo que é a integração entre os profissionais na condução da assistência ao (...) neonato, então, é a troca entre os profissionais desses saberes. Focando esse bem estar do paciente. Então, é você discutir, trocar sua experiência, discutir condutas, a fim de proporcionar o melhor (E. 2).

Diferente da multidisciplinaridade, onde existem várias especialidades vendo o paciente, mas não há uma discussão. Para mim, para haver a interdisciplinaridade precisa ter discussão e debate sobre o curso do tratamento do paciente (F. 2).

Aqui eu vejo mais como um trabalho multidisciplinar, por que a gente tem vários profissionais que trabalham aqui na unidade, cada um fazendo sua atuação de alguma forma com aquele bebê que está na neo, mas não há de fato integração (A. 1).

Assim como os sujeitos da pesquisa mencionam, em uma equipe "multidisciplinar", os profissionais tendem a tratar os pacientes de forma independente e não compartilhar as informações entre si, os pacientes tornam-se meros receptores dos cuidados. Uma equipe interdisciplinar, por sua vez, aspira a um nível mais profundo de colaboração, em que os constituintes de diferentes áreas de atuação, trocam seus conhecimentos e assistem ao paciente de forma que um complementa o cuidado do outro, tornando-o integral (WICHEA & POLLARD, 2004).

Para os profissionais entrevistados, o ideal de assistência à saúde do recém-nascido é realizado por meio de uma equipe que tenha disposição para trabalhar em conjunto, pois isso requer discussão entre os diversos atores envolvidos na definição coletiva de intervenções terapêuticas, refletindo na qualidade da assistência ao RN em UTI.

Para uma efetiva assistência interdisciplinar é necessário apreender o paciente como ser holístico. Isso implica em uma interação entre os profissionais envolvidos no cuidado através da troca e cooperação dos saberes.

Para mim, o que faz parte da interdisciplinaridade é a discussão sobre um paciente específico por vários membros de uma equipe, então são várias opiniões e especialidades diferentes se unirem clinicamente pra discutir um paciente como um todo (F2).

É você integrar os conhecimentos e as práticas de diferentes disciplinas, diferentes especialidades em prol de um ser, um paciente (M8).

Eu entendo que é o trabalho em equipe com vários profissionais de varias categorias, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeuta ocupacional, enfermeiros. Acho que é esse trabalho em equipe e ter a visão do paciente integralmente (M10).

Percebe-se também que, quando se tem o conceito da interdisciplinaridade, conseqüentemente emerge a necessidade de assistir o paciente em sua demanda, por

vários profissionais, considerando essencialmente seus aspectos biopsicosocial, cultural e espiritual, pois os determinantes que conduzem um recém-nascido à UTIN são variados e não estão restritos apenas ao corpo biológico.

Através das falas nota-se que não há mais espaço para o pensamento simplificador, que reduz o complexo, ao simples; que separa o que está ligado, que considera os fenômenos vivos e sociais a partir de uma causalidade linear e por meio de uma concepção mecanicista, ou seja, determinista. Características essas inerentes às máquinas artificiais e não aos seres humanos que são biológico, físico, espiritual e cultural (MORIN 2013b).

Ao pensar em interdisciplinaridade na assistência à saúde emerge a necessidade da integralidade no cuidado, assim como o entendimento da complexidade e multidimensionalidade, os quais permeiam a vida, o ser e a família no contexto hospitalar. Além disso, outro fator importante evidenciado nas falas está relacionado à comunicação entre os membros da equipe de saúde que atua em UTIN. Conforme descritos a seguir:

Esse olhar de outros profissionais se comunicando, não é só o profissional isolado, ter essa comunicação entre eles, a troca de saberes (P1).

Eu entendo como uma forma de relação entre profissionais, de nível técnico, de nível superior, uma relação que vem a contribuir para a assistência, para a melhor qualidade da assistência, porque na interdisciplinaridade os profissionais se comunicam entre si (TE5).

Então, seriam vários profissionais trabalhando para o mesmo objetivo, havendo uma comunicação entre esses profissionais para um melhor atendimento para esse paciente (TE 11).

As comunicações que os sujeitos estabelecem entre si dizem respeito a três mundos: o social das normas e instituições, o objetivo das coisas e o subjetivo das vivências e dos sentimentos. Portanto, o processo de comunicação, com vistas ao entendimento mútuo, norteia a interação, a ação e as retroações dos atores envolvidos (PIROLO *et al.* 2012). Observa-se, portanto, que a troca dos saberes e a assistência de qualidade só acontecerão mediante a comunicação efetiva entre os profissionais envolvidos.

O cenário de uma unidade neonatal compreende em sua complexidade a prática consensual, considerando e respeitando as diferenças. Desta forma, almeja-se o fortalecimento do diálogo pela participação dos distintos atores sociais que alicerçam a atenção ao cuidado do RN, em sua essência humana durante o processo saúde-doença.

A complexidade é permeada por uma extrema quantidade de interações e interferências de inúmeras unidades, que não estão relacionadas à possibilidade de cálculos, mas compreendem as incertezas, as indeterminações e, com o acaso que pode sempre surpreender a cada dia (MORIN 2011).

Nessa ótica, percebe-se que o agir comunicativo se relaciona intimamente com o agir humano (PIROLO *et al.* 2012), e este, por sua vez, encontra-se inserido em uma trama interdependente. Se houver um enfraquecimento da percepção global, perde-se o senso de responsabilidade, isto é, cada um limitando-se apenas a sua tarefa especializada (MORIN 2013a).

Visualizar a assistência sob o enfoque interdisciplinar vai além de uma simples troca de saberes, perpassa pela noção do cuidado integral ao recém-nascido, superando a visão apenas do corpo biológico, através da lente da complexidade e multidimensionalidade do ser humano e suas relações.

Para que isso se concretize, é indispensável uma comunicação efetiva entre os profissionais envolvidos, pois esse ser humano – com dias de vida – é um ser de cuidado, complexo, singular e plural, dotado de relações sócio afetivas e culturais, que requer assistência intensiva e continuada, resguardando a defesa da vida na sua essência.

Vivência da interdisciplinaridade

A interdisciplinaridade no contexto da assistência em saúde pode ser caracterizada como um processo em construção, no qual estão envolvidas diversas disciplinas. Isto implica na presença de profissionais em busca de um objetivo comum – assistência integral e de qualidade. Para isso, alguns elementos são indispensáveis, tais como: comunicação, diálogo, respeito e reconhecimento do saber e do fazer de cada um dos profissionais, através da participação na tomada da decisão terapêutica do paciente (MATOS *et al.* 2012).

Ao serem interrogados se na referida UTIN o trabalho acontecia de forma interdisciplinar, alguns profissionais relatam avanços ocorridos nas relações ao longo do tempo. Enfatiza inclusive o ingresso de novos profissionais à equipe, assim como melhorias nas relações de trabalho entre os pares da unidade. Desta forma, é possível inferir que a interdisciplinaridade está sendo um processo em formação.

... Você vê os profissionais querendo discutir os problemas de CCIH, ligam pra chefe da CCIH, querendo discutir antibióticos, discutir cultura. Há alguns anos atrás isso não era nem permitido, nem deixavam você participar. Hoje, já entendem o trabalho, já discutem, pois havia um modelo em que os protocolos eram seguidos cegamente sem direito à discussão, hoje os protocolos são discutidos, são modificados e a gente percebe que os profissionais têm crescido muito... (E11. CCIH).

Isso está sendo despertado agora, antes a “coisa” era empírica, intuitiva: “Pra que uma terapeuta ocupacional (TO) em UTI neonatal?”. Hoje a TO é obrigatória, a partir desse ano, foi a primeira UTI que teve TO e que eu vi que era necessário (M10).

... Você sente o apoio daquele outro profissional, não é só você pra tomar decisão. Você age em conjunto com a enfermagem, com a fonoaudióloga, com o terapeuta ocupacional, com a psicóloga. Eu acho isso maravilhoso (M1).

Os depoimentos evidenciam que os profissionais já vivenciaram diferentes níveis de interação em suas práticas com predominância do modelo biomédico, cuja assistência é curativista, sem preocupação aos agravos de saúde. Neste modelo, a tomada de decisão centra-se no médico e a execução cabe à equipe de enfermagem, como também não há a inserção das diversas categorias profissionais que hoje atuam na unidade.

Evidencia-se, neste processo de transformação, mudança na visão acerca da assistência do paciente e a valorização de outras categorias profissionais. E, por se tratar de um serviço de alta complexidade, é imprescindível que haja uma equipe multiprofissional, que atue de forma interdisciplinar com vistas a promover assistência integral e de qualidade à saúde do RN.

Considerando-se a realidade e as especificidades do trabalho em uma UTIN, cuja complexidade ultrapassa os saberes de uma única profissão, é que se tem defendido

que a perspectiva de um trabalho interdisciplinar possibilita o exercício de uma assistência integrada e articulada (MATOS *et al.* 2009), assim como a melhoria na qualidade da assistência.

Durante a graduação, a gente fez trabalho sobre isso e verificou a importância da interdisciplinaridade e o bem que você realmente pode fazer, um tratamento, um atendimento muito mais completo e mais aperfeiçoado. Isso traz um benefício muito maior ao paciente e até uma recuperação muito mais rápida (TE3).

... Eu tenho conseguido muito com essa visão interdisciplinar. A gente tem um apoio e a gente vê que a “coisa” flui melhor para o paciente (M1).

... Eu me limito ao meu conhecimento, mas esse limite do teu conhecimento torna-se uma “coisa” bem maior quando você tem uma visão coletiva dessa equipe que cada um tem um “peso” grande para o paciente. Isso vai melhorar a qualidade da assistência (M. 9 CCIH).

Para que a interdisciplinaridade na assistência à saúde do RN se consolide, Morin (2013a) afirma ser necessário que o conhecimento esteja em movimento, em circuito, tal como um espiral avança ao ir das partes ao todo e do todo às partes, de forma que os profissionais consigam perceber o paciente como um ser integral e não fragmentado.

Observa-se através da percepção dos entrevistados que a assistência interdisciplinar ao recém-nascido em UTIN gera benefícios diretos e indiretos aos pacientes e à família. Haja vista que além de serem atendidos em suas necessidades biológicas imediatas, outras questões que o envolvem também são valorizadas por meio de uma visão integrada dos diversos profissionais atuantes no setor.

O mérito das intervenções geradas pela atuação interdisciplinar não é propriedade de uma única disciplina ou profissão, mas sim, resultado de uma ação coletiva de uma equipe multiprofissional, de forma interdisciplinar (SOUZA & SOUZA 2009).

Pode-se afirmar, portanto, que essa abertura e interação entre as disciplinas, implicam consequentemente, em uma recusa ao reducionismo da assistência à cura

biológica do recém-nascido, ou seja, emancipação do cuidado tradicional, com foco no cuidado integral, através de uma visão multidimensional do ser humano.

Atitudes necessárias à promoção da interdisciplinaridade na assistência

A interdisciplinaridade, além do componente cognitivo que a constitui, também deve ser pensada em termos de atitude. Revela-se na prática, como um projeto que tem como base uma autêntica vontade de colaborar, de cooperar, dialogar, e de se abrir ao outro. Desta forma, o próprio saber não é oculto, ao contrário, deve ser discursivo e acessível à compreensão do outro (GATTAS & FUREGATO 2006).

Ter espírito de equipe, saber trabalhar em conjunto, acho que isso facilita, saber ouvir o outro, respeitar. Só porque o outro tem mais tempo de experiência, não significa nada, porque o conhecimento está sempre em evolução. Acho que o principal é ter esse momento de parar mesmo. De ter esse momento dessas reuniões, acho que é isso que precisa aqui. Desse tempo de se comunicar mais (E2).

A gente poderia estar sempre se reunindo. Toda a equipe de trabalho, vendo as atividades de cada um, o que cada um poderia oferecer no plano de trabalho, na assistência àquele paciente. Então se reunir, trabalhar sempre unido, não é cada um trabalhar no seu lado, é essa equipe se unir (E3).

... Pra que eu determine uma conduta no paciente eu teria que ter a observação e a intervenção de outras disciplinas, de outro profissional ali dentro, não só o profissional médico que iria determinar, mas os outros profissionais, como o nutricionista, o fonoaudiólogo (M9 CCIH).

A aplicabilidade do conhecimento de interdisciplinaridade dos profissionais pressupõe a diferença entre “equipe de integração” e “equipe de agrupamento”. O primeiro refere-se a um grupo em que há a articulação das ações e a interação comunicativa, evidenciando conexões existentes entre as intervenções técnicas dos membros da equipe. Há um estabelecimento de pontes e ligações entre os membros da equipe. A segunda tipologia expressa uma conformação de equipe em que há justaposição de ações e agrupamentos de profissionais, com restrito compartilhamento e pouca comunicação efetiva entre os membros (MIRANDA *et al* 2012).

Equipe também pode ser conceituada como um pequeno número de pessoas comprometidas com um propósito em comum, que possuem habilidades complementares e se ajudam mutuamente. Essa definição implica em interações interdisciplinares, os quais todos os membros da equipe participam das atividades e dependem um do outro para atingir o objetivo final, que é a recuperação do corpo biológico da criança por meio de um cuidado integral (WICHEA & POLLARD 2004).

O discurso dos sujeitos entrevistados demonstra claramente que ainda há muitas ações e atitudes a serem postas em prática no cotidiano da assistência na UTIN. Os mesmos profissionais que conceituam interdisciplinaridade e visualizam o RN como um todo, também demonstram insatisfação no que se referem às relações de trabalho no momento da *práxis* interdisciplinar.

Foi possível constatar através das falas, que o discurso ainda está distante da prática, que o modelo tradicional de assistência biologicista, reducionista, curativista e fragmentado ainda é muito presente, havendo forte tendência da justaposição das disciplinas. Várias categorias em um mesmo ambiente de alta complexidade, com pouca interação dos saberes e comunicação.

Entretanto, percebe-se nos discursos, disponibilidade e abertura entre os membros constituintes da UTIN para uma nova forma de trabalho, pois existe a consciência da necessidade da superação do cuidado fragmentado e dicotomizado. E, para oferecer um serviço de qualidade e integral aos usuários do SUS, é preciso interação efetiva entre a concepção da interdisciplinaridade e a sua prática.

Um olhar interdisciplinar para a assistência ao neonato

O discurso dos profissionais mostra a mudança da percepção positivista e disciplinar do processo saúde – doença, para uma visão da integral, contextualizada e da complexidade da realidade que cada recém-nascido possui, pois, mesmo com poucos dias vida, já sofre influência afetiva, psíquica e cultural da família o qual está inserido.

... O cuidado de saúde não é somente o biológico e o fisiológico, mas tem que ter o olhar ampliado para o contexto social que essa criança está inserida (A1).

Com a evolução da assistência, com o novo olhar de assistir o paciente, então as pessoas vêm aprendendo e estão percebendo que não há outro caminho, que tem que se abrir o espaço, por que é um universo bem maior (...) (E3).

... Não estou tratando uma pneumonia, não estou tratando uma sepse, estou tratando um paciente que está dentro de um contexto familiar e que faz parte agora daquela unidade e todo mundo ali faz parte daquela unidade (M3).

Pensar o cuidado em saúde, orientado pelo princípio da integralidade é transcender à execução de tarefas e ao exercício das competências profissionais. Nessa perspectiva o cuidar passa a ter uma possibilidade de encontro entre profissionais de saúde e usuários, deslocando-se o foco da intervenção de práticas de saúde, de cura das patologias para o cuidar de sujeitos, lidando com sua integralidade, sua totalidade e singularidade.

E, através dessa mudança de percepção dos sujeitos, nota-se a necessidade da visão interdisciplinar e da complexidade do ser humano. Na visão clássica do pensamento, quando surge uma contradição em um raciocínio, é um sinal de erro. No pensamento complexo, por sua vez, quando se revela várias contradições de um mesmo objeto, significa que foi atingido uma camada mais profunda da realidade estudada (MORIN 2011).

Desse modo, pode-se inferir que a assistência em saúde prestada aos recém-nascidos da UTIN encontra-se em processo de transformação, no qual a multidisciplinaridade e a hegemonia da medicalização estão dando lugar a interdisciplinaridade e assistência integral. E neste percurso, percebe-se que os profissionais envolvidos no cuidado, visualizam a multidimensionalidade do recém-nascido dentro da unidade, que vai além do antibiótico e alta tecnologia envolvida. Perpassa pela visão do todo, do contexto familiar, do socioeconômico, do acesso aos serviços de saúde e das condições para alta hospitalar.

Assim, reforça-se a concepção de que a interdisciplinaridade implica em relações de reciprocidade, de mutualidade e de substituição da concepção fragmentária pela consciência de cuidar de um ser humano multifacetado. De forma que, a assistência interdisciplinar é um processo que precisa ser vivido e exercido, mais do que troca de informações, é preciso confronto de diferentes enfoques até a integração mútua. Pois, o

papel da interdisciplinaridade também consiste em lançar pontes para religar disciplinas, convergindo, dessa maneira, a uma assistência integral e de qualidade (GATTÁS & FUREGATO 2007).

Considerações Finais

Aprofundar o conhecimento sobre esse tema revelou que a atuação interdisciplinar vai além do conhecimento teórico, implica em aquisição de competências, uma prática de inter-relação e interação entre as diversas disciplinas, articulação dos conhecimentos, num constante ir e vir para resolução dos problemas, e consequentemente a ampliação das fronteiras disciplinares.

Entretanto, a interdisciplinaridade em saúde ainda é vista apenas como um trabalho em equipe, portanto, é preciso esclarecer que sem construção do conhecimento, diálogo e cooperação não há interdisciplinaridade, e apenas as justaposições de ações parcelares não atendem à demanda das necessidades de saúde em seus diversos contextos. A prática da interdisciplinaridade é uma forma de articular pessoas e conhecimentos, visando à percepção do ser humano em sua integralidade.

O processo de construção da interdisciplinaridade na assistência não é tarefa fácil, muitas vezes é necessário desconstruir o modelo de atuação disciplinar apreendido durante a graduação e construir um novo posicionamento perante a equipe envolvida no processo de trabalho em saúde e um novo olhar perante aqueles que são assistidos.

Portanto, vale ressaltar que não há um modelo a ser seguido e que o caminho possui diversas vertentes, caracterizados tanto por aspectos cognitivos quanto atitudinais a serem postos em prática. Os próprios profissionais revelam que muitas mudanças aconteceram ao longo tempo, entretanto, em alguns pontos, o discurso ainda difere-se da prática.

Para tanto, faz-se necessário que os atores do ambiente complexo da UTIN possuam relações de reciprocidade, mutualidade e substituição da concepção fragmentária por um entendimento unitário e multidimensional do ser humano, trata-se, portanto, de um movimento de renovação.

As categorias que emergiram das análises dos discursos podem ser consideradas apenas uma fração do universo que é a assistência interdisciplinar e complexa ao recém-

nascido de risco. Sugere-se, portanto, novas pesquisas dentro do contexto da interdisciplinaridade e complexidade com o intuito de promover maior reflexão-ação-reflexão entre os profissionais, com consequente melhoria da assistência na UTIN.

RELEVÂNCIA PARA A PRÁTICA CLÍNICA

A adoção de estratégias e posturas que contemplem a prática interdisciplinar entre os profissionais atuantes na unidade de terapia intensiva neonatal, certamente, irá refletir na melhoria da qualidade da assistência prestada aos recém-nascidos de risco e sua família.

Percebe-se um importante despertar nos profissionais, uma visão modificada acerca do processo saúde-doença, e que a uma prática interdisciplinar é o caminho para uma assistência ideal. Entretanto, para atingir esse objetivo, é necessário uma real interação entre os atores envolvidos e articulação de conhecimento, assim como substituição de uma concepção fragmentada da assistência por uma visão integral do ser humano.

Referências

Sá Neto J A & Rodrigues B M R D (2010) Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. *Texto Contexto Enfermagem* 19(2): 372-377 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/20.pdf>.

Costa R & Padilha M I (2011) A unidade de terapia intensiva neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(2):248-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a06v32n2.pdf>.

Duarte E D, Sena R R, Xavier C C (2009) Processo de trabalho na unidade de terapia intensiva neonatal: Construção de uma atenção orientada pela integralidade. *Revista da Escola de Enfermagem USP* 43 (3): 647-654 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a21v43n3.pdf>.

Brasil. Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 2a. ed. Brasília; 1991.

Pirollo S M, Ferraz C A, Gomes R (2011) A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem USP* 45(6) :1396-1402. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a17.pdf>.

Matos E, Pires D E P, Gelbcke F L (2012). Implicações da Interdisciplinaridade na organização do trabalho da enfermagem: estudo em equipe de cuidados paliativos. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 14(2):230-239. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/v14n2a02.htm>.

Morin E (2012) A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 19ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Kuziemsky et al (2009) An interdisciplinary team communication framework and its application to healthcare 'e-teams' systems design. BMC Medical Informatics and Decision Making. 43 (9): 1-15. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19754966>.

Morin E (2011) Introdução ao Pensamento Complexo. 4ª ed. – Porto Alegre: Sulina.

Morin E (2013a) Educação e Complexidade: Os Sete Saberes e outros ensaios. Editions Pleins Feux.

Morin E (2013b) Ciência com Consciência. 15ª ed. – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

MINAYO M C S (2008) O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec.

BARDIN L (2011) Análise de conteúdo. Edições 70, Lisboa:

MUHR T (2004) ATLAS/ti the knowledge workbench. V 5.0 Quick tour for beginners 2ª ed. Berlin: Scientific Software Development.

OLIVEIRA T R B O. Interdisciplinaridade: um desafio para a atenção integral à saúde (2007) Revista Saúde. Com UESB 1(3): 20-27. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v3/v3n1a03.pdf>.

MATOS E, PIRES D E, CAMPOS G W S (2009) Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. Revista Brasileira de Enfermagem 62(6) : 863-869. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000600010&lng=en&nrm=iso>.

Souza D R P & Souza M BB (2009) Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde. Revista Eletrônica. Enfermagem 11(1):117-23. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a15.htm>

GATTAS M L B & FUREGATO A R F (2009) Interdisciplinaridade: uma contextualização. Acta Paulista de Enfermagem 19(3):323-327. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002006000300011&lng=en&nrm=iso>.

Miranda L, Rivera F J U, Artmann E (2012) Trabalho em equipe interdisciplinar de saúde como um espaço de reconhecimento: contribuições da teoria de Axel Honneth. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 22 (4): 1563-1583. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000400016&script=sci_arttext.

WICHEA J & POLLARD T (2004) The Interdisciplinary eHealth Team: Chronic Care for the Future. *Journal of Medical Internet Research*, 6 (3): 22-27. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1550606/?tool=pubmed>.

Gattás M L B & Furegato A R F A interdisciplinaridade na educação. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* 8(1): 85-91. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/645/pdf>.

5 Considerações Finais

Esta pesquisa, ao abordar as concepções de interdisciplinaridade entre os profissionais atuantes em unidade de terapia intensiva neonatal permitiu a construção de diagrama com uma categoria central e quatro subcategorias que se entrelaçam e se comunicam, de forma inseparável e interdependente. Assim, foi possível delinear a discussão do artigo, visto que emergiu não apenas o conceito de interdisciplinaridade, como também a possibilidade de os participantes demonstrarem conhecer e reconhecer a importância da interdisciplinaridade na assistência ao recém-nascido.

Os sujeitos entrevistados expressam em seus discursos que no cotidiano da assistência, em muitos momentos há justaposições de disciplinas, ou seja, conhecimentos e saberes concentrados em um mesmo ambiente, entretanto sem haver diálogo. Ratificam também a necessidade na mudança de postura entre aqueles que atuam na UTIN, de maneira que contribua para a melhoria da assistência ao recém-nascido, assim como para efetivação da integralidade, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde.

A despeito disso, os profissionais percebem que modificações têm acontecido ao longo do tempo, revelando transformação de uma visão fragmentada do cuidar, para uma visão integral. Entretanto, ainda há necessidade de mais diálogo e cooperação entre os membros da equipe, para que a assistência interdisciplinar seja concretizada e plena.

Os achados desta pesquisa sugerem a realização de novos estudos, utilizando diferentes abordagens metodológicas, no sentido de ampliar a discussão sobre o tema, de forma que integre academia e *práxis* em saúde. Dessa forma há de incrementar a produção científica relevante a prática assistencial interdisciplinar nos diversos segmentos da saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003.

AMORIM, D. S.; GATTÁS, M. L. Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde. **Ponto de Vista, Medicina, Ribeirão Preto**, v. 40, n. 1, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. 1. Ed. Rio de Janeiro: CEPESC: UERRJ/IMS: ABRASCO, 2009.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009. ISBN-13: 9788562938047

_____. Brasil. Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 2a. ed. Brasília; 1991.

_____. Brasil. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____. Brasil. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

_____. BRASIL. Ministério da Educação. Orientação para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação. Brasília: **Ministério da Educação**, 2001a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf>

_____. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília: Ministério da Educação, 2001b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/113301EnfMedNutr.pdf>

BERARDINELLI, L. M. M.; SANTOS, M. L. S. C. Repensando a interdisciplinaridade e o ensino de enfermagem. **Texto & contexto Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 419-426, 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300014&lng=en&nrm=iso>.

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. 19. Ed. Petrópolis, RJ: vozes, 2013.

DUARTE, E. D., SENA, R. R., XAVIER, C. C. Processo de Trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Construção de uma atenção orientada pela integralidade. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, nº 3, Jan. 2009.

CHANG, LPT; HARDING, HE; TENNANT, I; SOOGRIM, D; EHIKHAMETALOR, K; JAMES, B; FRANKSON, A; GORDON-STRACHAN, GM. Interdisciplinary Communication in the Intensive Care Unit at the University Hospital of the West Indies. **West Indian Med J**, v 59, nº 6, p. 656 -661, 2010.

COLLINS, S., CURRIE, L. Interdisciplinary Communication in the ICU. **Stud Health Technol Inform**, v 146, p. 362-366, 2009.

FONTOURA, R.T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 532-537, 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400011&lng=en&nrm=iso>.

GAIVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, 2004. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000300004&lng=en&nrm=iso

GARCIA, M. A. A. et al . A interdisciplinaridade necessária à educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, p. 147-156, 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000200005&lng=en&nrm=iso>.

GATTAS, M. L. B.; FUREGATO, A. R. F.. Interdisciplinaridade: uma contextualização. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 323-327, 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002006000300011&lng=en&nrm=iso>.

GUEDES, L. E; FERREIRA JUNIOR, M. Relações disciplinares em um centro de ensino e pesquisa em práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 2, June 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902010000200004&lng=en&nrm=iso>.

GONZE, G. G; SILVA, G. A. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p.129-146, 2011. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100008&lng=en&nrm=iso.

GONZÁLEZ, A. D; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.20, n. 2, p. 551-570, 2010.

KUZIEMSKY, C; BORYCKI, E; PURKIS, M. E; BLACK, F; BOYLE, M; CLOUTIER-FISHER, D; FOX, L. A; MACKENZIE, P; SYME, A; TSCHANZ, C; WAINWRIGHT, W; WONG, H. An interdisciplinary team communication framework and its application to healthcare 'e-teams' systems design. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, v. 43, n. 9, v. 43, p. 1-15, 2009. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19754966>.

MACHADO, M. F. A. S et al . Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência e saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200009&lng=en&nrm=iso>.

MANCOPES, R et al. Interdisciplinaridade na fonoaudiologia: a concepção do professor. **Revista CEFAC**, v. 11 n. 2, p. 175-182, 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151618462009000600007&lng=en&nrm=iso>.

MATOS, E; PIRES, D. E. P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto e Contexto – Enfermagem**, v. 18, n 2, p. 338-346, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200018

MATOS, E; PIRES, D. E; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 6, p. 863-869, 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000600010&lng=en&nrm=iso>.

MEIRELLES, B. H. S; ERDMANN, A. L. A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. **Texto e Contexto – Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 411-418, 2005. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072005000300013&lng=en&nrm=iso

MENOSSE, M. J; LIMA, R. A. G; CORREA, A. K. A dor e o desafio da interdisciplinaridade no cuidado à criança. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 3, n. 16, p. 484-494, 2008. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000300025&lng=en&nrm=iso

MINAYO, C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31^a. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 12^a Ed. Rio de Janeiro: Bertrand, Brasil, 2008.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 19^a Ed. Rio de Janeiro: Bertrand, Brasil, 2011.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4^a Ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

NUNES, E. D. **A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências sociais**. In: Canesqui AM. Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1995. p.95-113.

OLIVEIRA, B. R. G. et al . O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI Neonatal e o cuidar humanizado. **Texto e Contexto – Enfermagem**, v. 15, n. spe, p. 105-113, 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000500012&lng=en&nrm=iso>.

OLIVEIRA, M. M. C. et al. Aplicação do processo de relação interpessoal de Travelbee com mãe de recém-nascido internado em uma unidade neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem, USP**, vol. 39, n. 4, p. 430-431, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400009.

OLIVEIRA, T. R. B. O. Interdisciplinaridade: um desafio para a atenção integral à saúde. **Revista Saúde. Com. UESB**, v. 1, n. 3, p. 20-27, 2007. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v3/v3n1a03.pdf>.

PAGLIOSA, F. L; AURÉLIO DA ROS, M. O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492 – 499 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12>.

PIROLO, S. M; FERRAZ, C. A; GOMES, R. A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1396–1402, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000600017&script=sci_arttext.

PETRAGLIA, I. C. Complexidade e auto-ética. **ECCOS Revista Científica**, v. 2, n. 1, p. 9-17, 2000. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/715/71520103.pdf>.

POLIT, D. F; BECK, C. T. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. 7^a. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2011.

SÁ NETO, J. A; RODRIGUES, B. M. R. D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto e Contexto – Enfermagem**, v. 19, n 2, p. 372 – 377, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200020.

- SAMPIERI, R. H. **Metodologia da pesquisa**. 3ª Ed. São Paulo: Mcgraw-Hill, 2006.
- SILVA, A. L; CAMILLO, S. O. A educação em enfermagem à luz do paradigma da complexidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, p. 403-410, 2007.
- SILVA, A. L; FREITAS, M. G. O ensino do cuidar na Graduação em Enfermagem sob a perspectiva da complexidade, **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 697-693, 2010.
- SOUZA, D. R. P; SOUZA, M. B. B. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 117-123, 2009.
- ROSSONI, E; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o sistema único de saúde e as diretrizes curriculares. **Boletim da Saúde, Porto Alegre**, v. 18, n. 1, p. 87-98, 2004.
- VILELA, E. M; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 521-531, 2003.
- TAVARES, C. M. A; MATOS, E; GONÇALVES, L. Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar à saúde. **Texto e Contexto – Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 213-221, 2005.
- TERRA, A. A. A; Dias, I. M. A. V; ARAÚJO, R. C. J; REIS, V. N.. O processo de trabalho da enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal. **HU Revista**, v. 37, n. 1, p. 55-61, 2011.
- WITTENBERG-LYLES, E; OLIVER, D. P.; DEMIRIS, G; REGEHR, K. Exploring Interpersonal Communication in Hospice Interdisciplinary Team Meetings. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 7, n. 35, p. 38-45, 2009.

Apêndices

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Aprovado pelo Comitê de Ético e Pesquisa (CEP\CCS\UFPE). Protocolo nº 10750512.5.0000.5208, em 01 de março de 2013.

Título: “A interdisciplinaridade no olhar de uma equipe de saúde que atua na UTI neonatal”

Pesquisadora: Lívia Fernanda Guimarães Novaes

Orientadora: Prof^ª Dr^a Cláudia Marina Tavares de Araújo

Coorientação: Prof^ª Dr^a Luciane Soares de Lima

Estamos convidando o (a) senhor (a) a participar do estudo que tem como objetivo descrever a concepção acerca da interdisciplinaridade entre os profissionais atuantes na unidade de terapia intensiva neonatal.

Será utilizado inicialmente um instrumento de pesquisa estruturado para a apreensão de dados do perfil profissional e em seguida será aplicado um roteiro de entrevista, contendo questões abertas. Toda a entrevista terá o registro de voz do participante através de gravador de áudio.

No presente estudo poderá ocorrer um risco mínimo, relacionado a um possível constrangimento, entretanto para minimizar esta situação, os questionamentos serão apresentados previamente aos sujeitos do estudo e a entrevista será realizada em um ambiente reservado.

As gravações obtidas serão apresentadas aos entrevistados para sua anuência final. O material obtido (gravações e transcrições das entrevistas) será armazenado em computador pessoal sob guarda da pesquisadora responsável por 5 anos, sendo destruído após esse período.

Quanto aos benefícios da pesquisa, espera-se levantar discussões e reflexão entre os profissionais acerca da atuação interdisciplinar na unidade de terapia intensiva neonatal, favorecendo assim uma assistência integral de acordo com os princípios do SUS aos recém-nascidos e seus familiares.

Se aceitar participar, dê seu consentimento, assinando este termo, que será assinado também pelo pesquisador em duas vias, uma delas ficará com você e a outra com o pesquisador.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer tipo de prejuízo ao indivíduo. Não há despesas pessoais como também remuneração, para o participante em qualquer momento do estudo.

Para se comunicar com as pesquisadoras sobre qualquer esclarecimento, entre em contato com a pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança

e do Adolescente Livia Fernanda G. Novaes ou Prof^a Dra. Cláudia Marina Tavares de Araújo Departamento de Fonoaudiologia UFPE, nos endereços eletrônicos: **livia_upe@hotmail.com** e **claudiamarina@gmail.com** ou no endereço institucional: Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901 Brasil. Fone: 81-2126-8514. Também poderá obter esclarecimentos através do Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da Universidade Federal de Pernambuco, através do endereço Avenida da Engenharia S/N 1º andar, sala 04 Cidade Universitária, Recife – PE – CEP: 50740-600. Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento sobre os aspectos éticos do estudo.

Li e entendi todas as explicações que me foram fornecidas, não ficando dúvidas sobre os procedimentos os quais serei submetido (a). Concordo em participar deste estudo.

Entrevistado

Entrevistador

Testemunha A

Testemunha B

Recife, _____ de _____, 2013

Apêndice B- Instrumento de coleta de dados**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Data da entrevista: ____/____/____

Nº da Entrevista: _____

1 – Características dos sujeitos

Nome: _____

Idade: ____ anos

Sexo: () Feminino

() Masculino

Profissão: _____

Formação: _____

Residência () Sim () Não _____

Especialização () Sim () Não _____

Mestrado: () Sim () Não _____

Doutorado: () Sim () Não _____

Cargo exercido: _____

Tempo de Formação profissional: _____

É lotado na UTI-NEO: () SIM () NÃO

Se não, qual o seu setor? _____

Tempo de exercício da profissão: _____

Tempo de exercício da profissão na neonatologia: _____

Regime de trabalho: () Plantão diurno () Plantão noturno () Diarista

Trabalha em outro local: () Sim () Não Quantos: _____

2- Questões norteadoras

- O que você entende por interdisciplinaridade?
- Você acha que nesta unidade, o trabalho ocorre de forma interdisciplinar?
- () Sim () Não () Parcialmente
- Que aspectos poderiam promover/facilitar uma prática interdisciplinar na assistência à criança na UTI Neonatal?

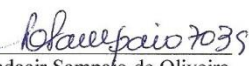
Anexos

Anexo A – Carta de Anuência**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS****CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a realização da pesquisa intitulada “A interdisciplinaridade no olhar de uma equipe de saúde que atua na UTI neonatal”, da mestranda **Lívia Fernanda Guimarães Novaes**, do Programa de Pós-Graduação da Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, sob a orientação da **Profª Drª. Cláudia Marina Tavares de Araújo** e coorientação da **Profª Drª. Luciane Soares de Lima**.

A aceitação está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Recife, 21 de novembro de 2012.


Dra. Lindacir Sampaio de Oliveira
Chefe da Unidade Neonatal

Lindacir Sampaio de Oliveira
CRM 7039
Coordenadora Unidade Neonatal
UFPE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INTERDISCIPLINARIDADE NO OLHAR DE UMA EQUIPE DE SAÚDE QUE ATUA NA UTI NEONATAL

Pesquisador: Livia Novaes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10750512.5.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final

Detalhe:

Justificativa: Envio o relatorio mais uma vez. Na última pagina está minha assinatura.

Data do Envio: 14/02/2014

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 531.212

Data da Relatoria: 21/02/2014

Apresentação da Notificação:

A notificação foi apresentada para avaliação do relatório final da pesquisa

O pesquisador solicita a aprovação do relatório final da pesquisa.

A notificação foi apresentada com o relatório final e o mesmo está adequado, com a indicação dos resultados e conclusão.

O pesquisador indicou a utilização do TCLE e informando os Riscos e Benefícios.

Os termos foram considerados adequados.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

Fax: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Continuação do Parecer: 531.212

A notificação foi apresentada para avaliação do relatório final da pesquisa

Objetivo da Notificação:

O pesquisador solicita a aprovação do relatório final da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador indicou a utilização do TCLE e informando os Riscos e Benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

A notificação foi apresentada com o relatório final e o mesmo está adequado, com a indicação dos resultados e conclusão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram considerados adequados.

Recomendações:

Recomenda-se assinar o relatório.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado com recomendação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer da notificação do relatório final da pesquisa, tendo o mesmo sido avaliado e o protocolo aprovado de forma definitiva.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

Fax: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Continuação do Parecer: 531.212

RECIFE, 17 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

Fax: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO C – Normas de Formatação do Periódico

Journal of Clinical Nursing

Edited by:

Editor In Chief: Roger Watson, Editors: Debra Jackson and Carol Haigh

Print ISSN: 0962-1067

Online ISSN: 1365-2702

Impact Factor: 1.316

ISI Journal Citation Reports © Ranking: 2012: 21/104 (Nursing (Social Science)); 25/106 (Nursing (Science))

TOP AUTHOR GUIDELINES

1. GENERAL

Please read the guidelines carefully for details on the submission of manuscripts, the journal's requirements and standards as well as information concerning the procedure after a manuscript has been accepted for publication in *JCN*. Authors are encouraged to visit [Wiley Blackwell Author Services](#) for further information on the preparation and submission of articles and figures.

1.1 Essential Criteria

The Editors welcome papers that develop and promote knowledge that is directly relevant to all spheres of clinical practice in nursing and midwifery around the world. Therefore, papers must demonstrate clinical application and international relevance, and make an important and novel contribution to the field. The Editors are also looking for papers which will be widely read and cited, thereby having an impact on nursing knowledge and practice. Manuscripts undergo an initial review by the Editor-in-Chief

and the Editors before peer review, to assess whether they meet these essential criteria. There is no process of appeal against rejection at this stage.

1.2 International Relevance

Papers submitted should be relevant to the Aims & Scope of *JCN* and written in a way that makes the relevance of content clear for *JCN*'s international readership. For a discussion of what international relevance means and what makes a paper internationally relevant, please see Watson *et al.*'s editorial on [‘What makes a *JCN* paper international?’](#).

Before submitting your paper, please ensure that:

- a reader in a region or country very different from your own will be able to make sense of everything in your paper;
- you have clearly outlined the relevance of your paper to the subject field internationally and also its transferability into other care settings, cultures or nursing specialities;
- papers exploring focussed cultural or other specific issues have clearly placed the discussions within an international context;
- when you are discussing clinical issues, you have made the relevance to other geographical regions and cultural contexts clear. Specific requirements to ensure the paper is clearly relevant to an international audience are as follows:
 - Country names are only to be included in titles where it is made clear the content is being compared and contrasted to the International arena.
 - Ensure that cited sources are available in English.
 - Relevant international literature should be cited, so that studies are embedded in the context of global knowledge on the topic.
 - Explain any policies, practices and terms that are specific to a particular country or region.

1.3 English Language

JCN manuscripts should be written in good English and the Editor-in-Chief strongly advises authors whose first language is not English to have a native English speaker revise their manuscript prior to submission. All authors are advised to consult the European Association of Science Editors (EASE) website for a copy in their own language of [EASE Guidelines for Authors and Translators of Scientific Articles to be Published in English](#). It is preferred that manuscripts are professionally edited. Visit [our site](#) to learn about the options. Please note that using the Wiley English Language Editing Service does not guarantee that your paper will be accepted by this journal.

2.ETHICAL

GUIDELINES

2.1 Authorship and Acknowledgements

Authorship: JCN adheres to the definition of authorship set up by [The International Committee of Medical Journal Editors \(ICMJE\)](#). According to the ICMJE, authorship criteria should be based on 1) substantial contributions to conception and design of, or acquisition of data or analysis and interpretation of data, 2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content and 3) final approval of the version to be published. Authors should meet conditions 1, 2 and 3.

Acknowledgements: Under Acknowledgements please specify contributors to the article other than the authors accredited. Please also include specifications of the source of funding for the study. Suppliers of materials should be named and their location (town, state/county, country) included.

2.2

Ethical

Approval

All studies should include an explicit statement in the Methods section identifying the review and ethics committee approval for each study, if applicable. The Editor-in-Chief reserves the right to reject papers if there is doubt as to whether appropriate procedures have been used.

2.3 Clinical Trials: should be reported using the CONSORT guidelines. A [CONSORT](#) checklist should also be included in the submission material; this and the template for

the flow diagram which should be included as a figure in your manuscript can be downloaded from the CONSORT website.

2.4 Conflict of Interest and Source of Funding

Conflict of Interest: It is the responsibility of the authors to disclose to the Editor-in-Chief any significant financial or personal interests they may have in products, technology or methodology mentioned in their manuscript. This information will be deemed confidential and will only be disclosed to manuscript reviewers if, in the opinion of the Editor-in-Chief, the information is directly pertinent for an informed review. A statement regarding conflict of interest should follow the Contributions to the manuscript.

Editors of *JCN* are encouraged to publish in *JCN*. To avoid conflicts of interest, editors do not process their own papers. If a member of the editorial team is submitting to *JCN*, then the ScholarOne system prevents them from viewing any details related to their paper and also prevents the Editor-in-Chief from allocating the paper to them for review, regardless of their place in the authorship of the paper. If the Editor-in-Chief is submitting a paper then the Editorial Assistant is informed and the paper allocated to one of the editors for processing. Editors are also urged to be aware of other potential conflicts of interest such as processing papers by collaborators and colleagues. Such situations are unavoidable but editors are expected to exercise discretion and fairness regardless of any proximity to submitting authors.

2.5 Permissions

If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the Publishers.

2.6 Copyright Transfer Agreement

If your paper is accepted, the author identified as the formal corresponding author for

the paper will receive an email prompting them to login into Author Services; where via the Wiley Author Licensing Service (WALS) they will be able to complete the license agreement on behalf of all authors on the paper.

For authors signing the copyright transfer agreement: If the OnlineOpen option is not selected the corresponding author will be presented with the copyright transfer agreement (CTA) to sign. The terms and conditions of the CTA can be previewed in the samples associated with the Copyright FAQs below:

CTA Terms and Conditions http://authorservices.wiley.com/bauthor/faqs_copyright.asp

For authors choosing OnlineOpen: If the OnlineOpen option is selected the corresponding author will have a choice of the following Creative Commons License Open Access Agreements (OAA):

Creative Commons Attribution Non-Commercial License OAA

Creative Commons Attribution Non-Commercial -NoDerivs License OAA

To preview the terms and conditions of these open access agreements please visit the Copyright FAQs hosted on Wiley Author Services http://authorservices.wiley.com/bauthor/faqs_copyright.asp and visit <http://www.wileyopenaccess.com/details/content/12f25db4c87/Copyright--License.html>

If you select the OnlineOpen option and your research is funded by The Wellcome Trust and members of the Research Councils UK (RCUK) you will be given the opportunity to publish your article under a CC-BY license supporting you in complying with Wellcome Trust and Research Councils UK requirements. For more information on this policy and the Journal's compliant self-archiving policy please visit: <http://www.wiley.com/go/funderstatement>

For RCUK and Wellcome Trust authors click on the link below to preview the terms and conditions of this license:

Creative Commons Attribution License OAA

To preview the terms and conditions of these open access agreements please visit the Copyright FAQs hosted on Wiley Author Services http://authorservices.wiley.com/bauthor/faqs_copyright.asp and visit <http://www.wileyopenaccess.com/details/content/12f25db4c87/Copyright--License.html>

3. SUBMISSION OF MANUSCRIPTS

Manuscripts should be submitted electronically via <http://mc.manuscriptcentral.com/jcnur>. Authors may track the status of their own manuscripts. Complete instructions for submitting a paper are available online and below. Further assistance can be obtained from: support@scholarone.com.

Full instructions and support for submission are available on the site and a user ID and password can be obtained on the first visit. Support can be contacted by phone: (1 434 817 2040 ext. 167) or by e-mail (support@scholarone.com).

3.1 Getting Started

Go to the journal's online submission site: <http://mc.manuscriptcentral.com/jcnur>. Log-in or click the 'Create Account' option if you are a first-time user

If you are creating a new account.

- ✓ After clicking on 'Create Account', enter your name and e-mail information and click 'Next'. Your e-mail information is very important.
- ✓ Enter your institution and address information as appropriate, and then click 'Next.'
- ✓ Enter a user ID and password of your choice (we recommend using your e-mail address as your user ID), and then select your area of expertise. Click 'Finish'.
- ✓ If you have an account, but have forgotten your log in details, go to Password Help on the journals online submission system and enter your e-mail address. The system will send you an automatic user ID and a new temporary password.

3.2 Submitting Your Manuscript

- ✓ After you have logged in, click the 'Submit a Manuscript' link in the menu bar. Enter data and answer questions as appropriate. You may copy and paste directly from your manuscript and you may upload your pre-prepared covering letter.
- ✓ Click the 'Next' button on each screen to save your work and advance to the next screen.
- ✓ You are required to upload your files.
- ✓ Click on the 'Browse' button and locate the file on your computer.
- ✓ Select the designation of each file in the drop-down menu next to the Browse button.
- ✓ When you have selected all files you wish to upload, click the 'Upload Files' button.
- ✓ Review your submission (in HTML and PDF format) before sending to the Journal. Click the 'Submit' button when you are finished reviewing

3.3 Manuscript Files Accepted

All parts of the manuscript must be available in an electronic format and, where possible, the main text, figures and tables should be combined into a single document, with the tables and figures appearing after the reference list. Please note that we are unable to accept any manuscripts uploaded as a PDF file. GIF, JPEG, PICT or Bitmap files are acceptable for submission, but only high-resolution TIF or EPS files are suitable for printing. The text file must contain the entire manuscript including title page, structured abstract, text, references, tables, and figure legends, but no embedded figures. Figure tags should be included in the file.

Full instructions and support for submission are available on the site and a user ID and password can be obtained on the first visit. For help please contact the *JCN* Editorial Assistant, Tara Noonan on +44 (0)1865 476540 or by email: (JCN@wiley.com).

3.4 **Blinded** **Review**

All manuscripts submitted to *JCN* will be reviewed by at least two experts in the field. *JCN* uses double-blinded review. The names of the reviewers will thus not be disclosed to the author submitting a paper and the name(s) of the author(s) will not be disclosed to the reviewers. To allow double-blinded review, please submit (upload) your main manuscript and title page as separate files. Please upload:

- ✓ Your manuscript without title page under the file designation 'main document'
- ✓ The title page, Acknowledgements and Conflict of Interest Statement where applicable, should be uploaded under the file designation 'title page'

3.5 **E-mail** **Confirmation** **of** **Submission**

After submission you will receive an e-mail to confirm receipt of your manuscript with a manuscript number which you must use in all communications regarding your manuscript. If you do not receive the confirmation e-mail after 24 hours, please check your e-mail address carefully in the system. If the e-mail address is correct please contact your IT department. The error may be caused by spam filtering software on your e-mail server. Also, the e-mails should be received if the IT department adds our e-mail server (uranus.scholarone.com) to their whitelist.

3.6 **Manuscript** **Status**

The Journal will inform you by e-mail once a decision has been made

3.7 **Submission** **of** **Revised** **Manuscripts**

Locate your manuscript under 'Manuscripts with Decisions' and click on 'Submit a Revision' to submit your revised manuscript. Please remember to delete any old files uploaded when you upload your revised manuscript. Please also remember to upload your manuscript document separate from your title page. We do not accept tracked changes for this journal.

4. MANUSCRIPT TYPES ACCEPTED

Please note that quotations are included in the overall word count of articles).

Original Articles: should be between 3,000 - 5,000 words long, double spaced with a wide margin (at least 2cm) on each side of the text. The main text should be structured as follows: Introduction (putting the paper in context - policy, practice or research); Background (literature); Methods (design, data collection and analysis); Results; Discussion; Conclusion; Relevance to clinical practice. The number of words used, excluding abstract, references, tables and figures, should be specified. Pilot studies are not suitable for publication as original articles.

Review Articles: Qualitative and quantitative literature reviews on any area of research relevant to clinical nursing and midwifery are welcomed. Submissions should not exceed 5,000 words, excluding abstract, tables, figures, and reference list. Quotes are included in the overall word count of the main text. Authors are advised to explain their methodology clearly (e.g., overall approach, literature search strategies, data analysis). The [PRISMA](#) checklist and flow diagram should be used to guide manuscript development. Systematic review methods are evolving and authors are urged to cite supporting references. The main text should be structured as follows: Introduction, Aims, Methods, Results, Discussion, Conclusion, and Relevance to Clinical Practice.

Research-in-Brief: This section offers an opportunity to publish preliminary results from studies or parts of studies rapidly where the nature of the content warrants early dissemination or the research would not normally be published. In the case of preliminary results, which may subsequently be published in *JCN* or elsewhere, it is expected that the publication of the RiB will be referred to and fully referenced. The publication of pilot studies is not appropriate. RiB submissions, which should be made via ScholarOne Manuscripts and identified as RiB, are reviewed at the discretion of the Editor-in-Chief.

Research In Brief Articles should be prepared using the following headings: Aims; Background; Design; Methods; Results; Conclusions; Relevance to clinical practice.

The RiB must not exceed 1,000 words and only one figure or one table should accompany and a maximum of five references is permitted. Abstracts are not required for this type of paper. Keywords, contributions and a conflict of interest statement should be included. Authors should note that permission should be sought from the Publisher before reproducing any part of the published paper in subsequent publications.

Commentaries and Responses to Commentaries: The Editor-in-Chief welcomes commentaries and Responses to commentaries on papers published in *JCN*. These should be approximately 500 words in length with a maximum of five references (including the original paper) and should offer a critical but constructive perspective on the published paper. All commentaries should be submitted via [ScholarOne Manuscripts](#). Please follow our guidelines when writing a Commentary.

Discursive papers: including position papers and critical reviews of particular bodies of work which do not contain empirical data or use systematic review methods are also welcomed. These should be structured as follows: Aims; Background; Design (stating that it is a position paper or critical review, for example); Method (how the issues were approached); Conclusions, Relevance to clinical practice.

5. MANUSCRIPT FORMAT AND STRUCTURE

5.1

Structure

All manuscripts submitted to *JCN* should include a covering letter stating on behalf of all the authors that the work has not been published and is not being considered for publication elsewhere. If the study that is being submitted is similar in any way to another study previously submitted/published or is part of multiple studies on the same topic, a brief sentence explaining how the manuscript differs and that there is no identical material should be stated in the cover letter upon submission.

No identifying details of the authors or their institutions must appear in the manuscript; author details must only appear on the title page and will be entered separately as part of the online submission process.

Title Page: (needed for all manuscript types) must contain both a descriptive and concise title of the paper; names and qualifications of all authors; affiliations and full mailing address, including e-mail addresses, fax and a contact telephone number. The title page must also contain details of the source(s) of support in the form of grants, equipment, drugs or all of these.

Structured Abstract: (not needed for Research In Brief articles or Commentaries) should not exceed 300 words and should accurately reflect the content of the paper. The abstract should not include references or abbreviations and should be provided under the headings: Aims and objectives; Background (stating what is already known about this topic); Design; Methods (for both qualitative and quantitative studies state *n*); Results (do not report *p* values, confidence intervals and other statistical parameters); Conclusions (stating what this study adds to the topic); Relevance to clinical practice; Keywords. (Please note that you are asked to add your abstract and keywords into a box when submitting your paper, but both abstract and set of keywords should also appear at the beginning of your actual manuscript - main document) file.

Summary box: (needed for all manuscript types) should contain 2-3 bullet points under the heading 'What does this paper contribute to the wider global clinical community?'

Keywords: (needed for all manuscript types) the keywords that need to be entered within your manuscript (up to 10), are words associated with the paper, which will allow it to be easily cited after acceptance. These are different from the keywords chosen from a list during the submission process; these keywords are to assist the Editors in searching for reviewers to review the manuscript.

Headings and Sub Headings: (needed for all manuscript types): please present headings in the manuscript in bold capitals, sub-headings in lower-case and bold, and subsequent headings in italics.

5.2 Optimizing Your Abstract for Search Engines

Many students and researchers looking for information online will use search engines such as Google, Yahoo or similar. By [optimising your article for search engines](#), you will increase the chance of someone finding it. This in turn will make it more likely to

be viewed and/or cited in another work. We have compiled these guidelines to enable you to maximize the web-friendliness of the most public part of your article.

5.3

Statistics

The advice of a statistician should always be sought for quantitative studies, and this person should be acknowledged in the acknowledgement section if the paper is accepted for publication. Where other than simple descriptive statistics are used, a statistician should be included as one of the authors or identified as such when submitting the paper. Please also refer to our [statistical guidelines](#).

5.4

References

The editor and publisher recommend that citation of online published papers and other material should be done via a DOI (digital object identifier), which all reputable online published material should have – see www.doi.org for more information. If an author cites anything which does not have a DOI they run the risk of the cited material not being traceable.

We recommend the use of a tool such as [Reference Manager](#) for reference management and formatting.

References within the text should cite the authors' names followed by the date of publication, in chronological date order, e.g. (Lewis 1975, Barnett 1992, Chalmers 1994). Where there are more than two authors, the first author's name followed by *et al.* will suffice, e.g. (Barder *et al.* 1994), but all authors should be cited in the reference list. '*et al.*' should be presented in italics followed by a full stop only. Page numbers should be given in the text for all quotations, e.g. (Chalmers 1994, p. 7). All references should be cited from primary sources.

Where more than one reference is being cited in the same pair of brackets the reference should be separated by a comma; authors and dates should not be separated by a comma, thus (Smith 1970, Jones 1980). Where there are two authors being cited in brackets then they should be joined by an '&', thus (Smith & Jones 1975).

When a paper is cited, the reference list should include authors' surnames and initials, date of publication, title of paper, name of journal in full (not abbreviated), volume number, and first and last page numbers. Example: Watson R, Hoogbruin AL, Rumeu C, Beunza M, Barbarin B, MacDonald J & McReady T (2003) Differences and similarities in the perception of caring between Spanish and United Kingdom nurses. *Journal of Clinical Nursing* **12**, 85-92.

When a book is cited, the title should be stated, followed by the publisher and town, county/state (and country if necessary) of publication. Example: Smith GD & Watson R (2004) *Gastroenterology for Nurses*. Blackwell Science, Oxford.

Where the reference relates to a chapter in an edited book, details of author and editors should be given as well as publisher, place of publication, and first and last page numbers. Example: Chalmers KI (1994) Searching for health needs: the work of health visiting. In *Research and its Application* (Smith JP ed.), Blackwell Science, Oxford, pp. 143-165.

The edition (where appropriate) of all books should be identified, e.g. 2nd edn. References stated as being 'in press' must have been accepted for publication and a letter of proof from the relevant journal must accompany the final accepted manuscript. Please provide access details for online references where possible: Example: Lynaugh JE (1997) The International Council of Nurses is Almost 100 years old. University of Pennsylvania, PA. Available at: <http://www.nursing.upenn.edu/history/Chronicle/F97/icn.htm> (accessed 12 December 2002). The reference list should be prepared on a separate sheet and be in alphabetical order and chronological order by first authors' surnames.

5.5 Tables, Figures and Figure Legends

Preparation of Electronic Figures for Publication: Although low quality images are adequate for review purposes, print publication requires high quality images to prevent the final product being blurred or fuzzy. Submit EPS (line art) or TIFF (halftone/photographs) files only. MS PowerPoint and Word Graphics are unsuitable for printed pictures. Do not use pixel-oriented programmes. Scans (TIFF only) should have

a resolution of at least 300 dpi (halftone) or 600 to 1200 dpi (line drawings) in relation to the reproduction size (see below). Please submit the data for figures in black and white or submit a Colour Work Agreement Form (see Colour Charges below). EPS files should be saved with fonts embedded (and with a TIFF preview if possible).

For scanned images, the scanning resolution (at final image size) should be as follows to ensure good reproduction: line art: >600 dpi; halftones (including gel photographs): >300 dpi; figures containing both halftone and line images: >600 dpi.

Always include a citation in the text for each figure and table. Artwork should be submitted online in electronic form. Detailed information on our digital illustration standards is available on the [Wiley Blackwell website](#).

Permissions: If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the Publisher.

Colour Charges: It is the policy of JCN for authors to pay the full cost for the reproduction of their colour artwork. Therefore, please note that if there is colour artwork in your manuscript when it is accepted for publication, Wiley Blackwell require you to complete and return a [Colour Work Agreement Form](#) before your paper can be published. Any article received by Wiley Blackwell with colour work will not be published until the form has been returned. Please return all original hard-copy forms to:

The Production Editor *Journal of Clinical Nursing*
Journal Content Management Wiley Blackwell
Wiley Services Singapore Pte Ltd 1 Fusionopolis Walk
#07-01 Solaris South Tower
Singapore 138628

Note to NIH Grantees: Pursuant to NIH mandate, Wiley Blackwell will post the accepted version of contributions authored by NIH grant-holders to PubMed Central

upon acceptance. This accepted version will be made publicly available 12 months after publication. For further information, see [NIH Public Access Mandate](#).

6. AFTER ACCEPTANCE

Upon acceptance of a paper for publication, the manuscript will be forwarded to the Production Editor who is responsible for the production of the journal. In accepting your paper, both *JCN* and Wiley Blackwell give no commitment about date of publication. Therefore, while we can inform you of a likely date in the event of an enquiry, we are unable to accommodate individual requests to have papers published at a particular time to coincide with, for example, the requirements of grant awarding bodies or promotion boards.

6.1

Proof

Corrections

The corresponding author will receive an e-mail alert containing a link to a website. A working e-mail address must therefore be provided for the corresponding author. The proof can be downloaded as a PDF (portable document format) file from this site.

Acrobat Reader will be required in order to read this file. This software can be downloaded (free of charge) from the [Adobe website](#). This will enable the file to be opened, read on screen, and any corrections to be added in. Further instructions will be sent with the proof. Hard copy proofs will be posted if no e-mail address is available; in your absence, please arrange for a colleague to access your e-mail to retrieve the proofs.

6.2 Early View (Publication Prior to Print)

JCN is covered by Wiley Blackwell's Early View service. Early View articles are complete full-text articles published online in advance of their publication in a printed issue. Early View articles are complete and final. They have been fully reviewed, revised and edited for publication, and the authors' final corrections have been incorporated. Because they are in final form, no changes can be made after online publication. Early View articles are given a [Digital Object Identifier](#) (DOI), which allows the article to be cited and tracked before allocation to an issue. After print publication, the DOI remains valid and can continue to be used to cite and access the article.

The Editor will decide on the time of publication and retain the right to modify the style of a contribution; major changes will be agreed with the author(s) before production of proofs.

6.3 Author Services

Online production tracking is available for your article through Wiley Blackwell's [Author Services](#). Author Services enables authors to track their article - once it has been accepted - through the production process to publication online and in print. Authors can check the status of their articles online and choose to receive automated e-mails at key stages of production. The author will receive an e-mail with a unique link that enables them to register and have their article automatically added to the system. Please ensure that a complete e-mail address is provided when submitting the manuscript. Visit Wiley Blackwell [Author Services](#) for more details on online production tracking and for a wealth of resources including FAQs and tips on article preparation, submission and more. For more substantial information on the services provided for authors, please see Wiley Blackwell [Author Services](#).

6.4 Author Material Archive Policy

Please note that unless specifically requested, Blackwell Publishing will dispose of all hardcopy or electronic material submitted two months after publication. If you require the return of any material submitted, please inform the editorial office or production editor as soon as possible.

6.5 Offprints and Extra Copies

A PDF offprint of the online published article will be provided free of charge to the corresponding author, and may be distributed subject to the Publisher's terms and conditions. Additional paper offprints may be ordered online. Please click on the following link, fill in the necessary details and ensure that you type information in all of the required fields: <http://offprint.cosprinters.com/cos>

If you have queries about offprints please e-mail offprint@cosprinters.com

7.**ONLINE****OPEN**

OnlineOpen is available to authors of primary research articles who wish to make their article available to non-subscribers on publication, or whose funding agency requires grantees to archive the final version of their article. With OnlineOpen, the author, the author's funding agency, or the author's institution pays a fee to ensure that the article is made available to non-subscribers upon publication via Wiley Online Library, as well as deposited in the funding agency's preferred archive. For the full list of terms and conditions, see http://wileyonlinelibrary.com/onlineopen#OnlineOpen_Terms

Any authors wishing to send their paper OnlineOpen will be required to complete the payment form available from our website at:
<https://onlinelibrary.wiley.com/onlineOpenOrder>

Prior to acceptance there is no requirement to inform an Editorial Office that you intend to publish your paper OnlineOpen if you do not wish to. All OnlineOpen articles are treated in the same way as any other article. They go through the journal's standard peer-review process and will be accepted or rejected based on their own merit.