

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS

SANDRA LIZIANE MASSIRER DE ALMEIDA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DA UTI NEONATAL DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

Santa Maria, RS
2022

Sandra Liziane Massirer de Almeida

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DA UTI NEONATAL DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão de Organizações Públicas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Zampieri Grohmann

Santa Maria, RS
2022

ALMEIDA, SANDRA LIZIANE MASSIRER DE
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DA UTI NEONATAL DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA / SANDRA LIZIANE
MASSIRER DE ALMEIDA.- 2022.
134 p.; 30 cm

Orientadora: MÁRCIA ZAMPIERI GROHMANN
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de
Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas, RS, 2022

1. Avaliação 2. Qualidade do Serviço 3. Serviço Público
4. UTI NEONATAL I. GROHMANN, MÁRCIA ZAMPIERI II. Título.

sistema de geração automática de ficha catalográfica da usm. dados fornecidos pelo autor(a). sob supervisão da direção da divisão de processos técnicos da biblioteca central. bibliotecária responsável paula schoenfeldt patta cma 10/1728.

Declaro, SANDRA LIZIANE MASSIRER DE ALMEIDA, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Sandra Liziane Massirer de Almeida

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DA UTI NEONATAL DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gestão de Organizações Públicas**.

Aprovada em 05 de agosto de 2022:

**Márcia Zampieri Grohmann, Dra. (UFSM
(Presidente/Orientadora)**

Matheus Frohlich Marquetto, Dr. (UNIFACVEST)

Luciana Flores Battistella, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2022

RESUMO

AValiação DA QUALIDADE DO SERVIÇO DA UTI NEONATAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

AUTORA: Sandra Liziane Massirer de Almeida
Orientadora: Márcia Zampieri Grohmann

As Unidades de Terapia Intensiva possuem destaque no contexto hospitalar, com grande relevância na recuperação e prevenção de agravos à saúde dos indivíduos que necessitam de cuidados intensivos. A hospitalização de um filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal trata-se de uma experiência que pode gerar consequências emocionais complexas e diversificadas para a família, especialmente para os pais do recém-nascido. Nesse sentido, este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade do serviço da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Universitário de Santa Maria e propor melhorias ao serviço. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, cujo cenário do estudo foi a UTIN do referido hospital público. Participaram deste estudo 17 familiares e 11 profissionais que atuam neste serviço, entre os quais pode-se citar: médicos, equipe de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, secretaria e equipe de higienização. O número de participantes foi determinado por meio do critério de saturação dos dados. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, com roteiro previamente elaborado, baseada no modelo SERVPERF. O tratamento do material produzido nas entrevistas foi analisado por meio da técnica de análise de conteúdo. Foram respeitados todos aspectos éticos conforme Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sendo aprovado sob parecer CAAE nº 50719821.1.0000.5346. Os dados encontrados foram organizados em duas grandes categorias, que são a avaliação da qualidade do serviço para os servidores, dividida em temas como: qualidade estrutural do serviço, compreensão do serviço e processo de interação família chefiadas e equipe e; avaliação da qualidade do serviço na visão dos familiares, que está dividida nos temas aspectos físicos e estruturais do serviço, confiabilidade no serviço, agilidade nas demandas do serviço, conhecimento e segurança nos servidores e individualidade do cuidado. Entende-se que os resultados do estudo possa contribuir para a assistência prestada aos recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva, visto que foi identificado que o serviço possui boa qualidade. As sugestões dos familiares englobam a contratação de mais profissionais em casos de superlotação, grupo de pais para apoio psicológico com egressos, melhoria na infraestrutura da sala de espera e construção de um banco de leite humano. Os servidores apontam a necessidade um cuidado pautado em plano terapêutico singular, com atividades multidisciplinares do cuidado, através da articulação e integração de vários saberes e práticas, capazes de produzir intervenções em comum, colaborando assim com a melhoria da assistência prestada.

Palavras-chave: Avaliação. Qualidade do Serviço. Serviço Público. UTI NEONATAL.

ABSTRACT

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF SERVICE OF THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT OF HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

AUTHOR: Sandra Liziane Massirer de Almeida

ADVISOR: Márcia Zampieri Grohmann

The intensive care units are highlighted in the hospital context, with great relevance in the recovery and prevention of health problems of individuals who need intensive care. The hospitalization of a child in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) is an experience that can generate complex and diverse emotional consequences for the family, especially for the parents of the newborn. This study aimed to evaluate the quality of the service of the NICU of the University Hospital of Santa Maria and to propose improvements to the service. This is a descriptive field research, with a qualitative approach, of the case study type, whose study setting was the NICU of the aforementioned public hospital. Participated in this study 17 family members and 11 professionals who work in this service, among which we can mention: doctors, nursing team, physiotherapy, speech therapy, secretary and hygiene team. The number of participants was determined using the data saturation criterion. Data collection was carried out through a semi-structured interview, with a previously prepared script, based on the SERVPERF model. The treatment of the material produced in the interviews was analyzed using the content analysis technique. All ethical aspects were respected according to Resolution No. 510/16 of the National Health Council. This study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Santa Maria, under CAAE nº 50719821.1.0000.5346. The data found were organized into two major categories, which are the evaluation of the quality of the service for the servers, divided into themes such as: structural quality of the service, understanding of the service and the process of interaction between family, managers and staff and; evaluation of service quality from the perspective of family members, which is divided into the themes of physical and structural aspects of the service, reliability in the service, agility in service demands, knowledge and security in the servers and individuality of care. It is understood that the results of this study can contribute to the care provided to newborns hospitalized in intensive care units, where it was identified that the service has good quality. The family members' suggestions include hiring more professionals in cases of overcrowding, a group of parents for psychological support with graduates, improving the infrastructure of the waiting room and building a human milk bank. The servers point out the need for care based on a singular therapeutic plan, with multidisciplinary care activities, through the articulation and integration of various knowledge and practices, capable of producing common interventions, thus collaborating with the improvement of the assistance provided.

Keywords: Evaluation. Service Quality. Public Service. Neonatal Intensive Care Unit.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Identificação do código/qualis, com ênfase na administração e na enfermagem Santa Maria, RS. 2020	27
Quadro 2 – Comparativo do modelo original e modelo reestruturado de Parasuraman, Zeithaml e Berry.....	37
Quadro 3 – Perfil demográfico dos servidores	53
Quadro 4 – Perfil demográfico dos familiares.....	56
Quadro 5 – Dimensão da Tangibilidade.....	90
Quadro 6 – Dimensão da Confiabilidade.....	94
Quadro 7 – Dimensão da Presteza	96
Quadro 8 – Dimensão da Segurança	98
Quadro 9 – Dimensão da Empatia	101

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação gráfica dos Gaps de acordo com Parasuraman <i>et al.</i>	38
Figura 2 – Visão geral da dimensão Tangibilidade	70
Figura 3 – Visão geral das dimensões Confiabilidade e Presteza.....	79
Figura 4 – Visão geral das dimensões Segurança e Empatia	89
Figura 5 – Visão tangibilidade	93
Figura 6 – Visão confiabilidade	95
Figura 7 – Visão presteza.....	97
Figura 8 – Visão segurança.....	100
Figura 9 – Visão empatia.....	104

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	OBJETIVOS	13
1.1.1	Objetivo geral	13
1.1.2	Objetivos específicos	14
1.2	JUSTIFICATIVA	14
1.3	ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	GESTÃO HOSPITALAR.....	17
2.2	SERVIÇOS DE UTINEONATAL.....	24
2.2.1	A acreditação e avaliação dos serviços na visão dos usuários e colaboradores	30
2.2.2	Estratégias para a realização do cuidado integral à criança prematura e familiares no contexto hospitalar	32
2.3	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE	34
2.3.1	SERVQUAL – O modelo de Parasuraman, Zeithaml e Berry	36
2.3.2	SERVPERF – Um modelo crítico ao SERVQUAL	40
2.3.3	Outros modelos para avaliação de qualidade	41
2.3.4	Reflexões a respeito dos modelos de avaliação nos serviços de saúde .	43
3	MÉTODO	45
3.1	DELIMITAÇÃO DA PESQUISA.....	45
3.2	O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA E A UNIDADE DE ANÁLISE	45
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	47
3.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	48
3.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	49
3.6	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	50
3.7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	51
4	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DA UTINEONATAL DO HUSM	53
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	53
4.1.1	Caracterização dos servidores	53
4.1.2	Perfil demográficos dos familiares	56

4.2	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO PARA OS SERVIDORES.....	59
4.2.1	Qualidade estrutural do serviço.....	59
4.2.2	Compreensão do serviço.....	70
4.2.3	Processo de interação família/chefias e equipe	79
4.3	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO NA VISÃO DOS FAMILIARES	89
4.3.1	Aspectos físicos e estruturais do serviço.....	89
4.3.2	Confiabilidade no serviço.....	93
4.3.3	Agilidade nas demandas do serviço.....	96
4.3.4	Conhecimento e confiança nos servidores	98
4.3.5	Individualidade do cuidado	100
5	PROPOSTA DE MELHORIAS NO SERVIÇO	105
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
	REFERÊNCIAS.....	111
	APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista (familiares).....	125
	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista (servidores)	127
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	131
	APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	132
	ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	133
	ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	134

1 INTRODUÇÃO

As maiores intervenções nos indivíduos com situações de agravo à saúde, bem como procedimentos de manutenção e preservação desta, são realizados nos hospitais. Assim, a demanda por conhecimentos gerenciais específicos de gestão de recursos humanos, físicos, sociais e culturais torna-se presente no ambiente hospitalar. No que diz respeito aos hospitais universitários, em específico, estes tem sua importância destacada, uma vez que unem, indissociavelmente, três pilares coesos, quais sejam: formação e especialização de novos profissionais da saúde; agrupamento uma admirável quantidade de atendimento terciário e quaternário (de maior complexidade); além disso, geram conhecimento através da pesquisa (ARAÚJO; LETA, 2014).

A gestão pública no Brasil vem passando por mudanças constantes e cada vez mais presentes desde a década de 1990. Estas mudanças são incentivadas por reivindicações sociais. Os usuários do serviço público pedem por mais eficiência, transparência e eficácia na aplicação dos recursos públicos. De acordo com Bonacim e Araujo (2010, p. 909)

A força da sociedade como agente de mudança emerge da superação de um regime militar e foi construída ao redor da expansão da cidadania e do aprofundamento da democracia, cujo marco formal é a Constituição de 1988 — conhecida como a “Constituição cidadã” — que incluiu mecanismos de democracia direta e participativa. Entre eles, o estabelecimento de conselhos gestores de políticas públicas, nos níveis municipal, estadual e federal, com representação paritária do Estado e da sociedade civil, destinados a formular políticas sobre questões relacionadas com a saúde, crianças e adolescentes, assistência social, mulheres etc.

Na intenção de uma maior integração, eficiência e efetividade dos hospitais de ensino ligados às universidades federais, com a inserção do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), foi criada em 2011 a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a qual tem como principal diretriz reforçar o papel desses hospitais na formação de profissionais da área da saúde e na prestação da assistência à saúde dos usuários. A EBSERH é uma empresa pública, vinculada ao Ministério da Educação e dependente de recursos do resouro nacional (BRASIL, 2011).

Visando o aperfeiçoamento da gestão, a melhoria no atendimento e na qualidade da prestação de serviço à sociedade, é necessário que se desenvolvam

métodos de avaliação da satisfação do usuário. No entender de Lovelock, Wirtz e Hemzo (2011), a qualidade do serviço corresponde ao grau de correspondência do serviço prestado com as expectativas do receptor do serviço. Os autores entendem como serviço de qualidade aquele que atende ou excede as expectativas dos usuários.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) ganham destaque mesmo dentro do contexto hospitalar, uma vez que possuem grande relevância na recuperação e na prevenção de agravos maiores à saúde dos indivíduos que já possuem um quadro que necessita de cuidados mais intensos. A UTI específica para neonatos apresenta aspectos ainda mais delicados.

A hospitalização de um filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é uma experiência que pode gerar consequências emocionais bastante complexas e diversificadas para toda a família, especialmente para os pais do recém-nascido. O bebê representa a continuidade da existência familiar e é esperado de forma lúdica e cheio de expectativas. Ao ser hospitalizado com condições de saúde que necessitam de cuidados intensos, diversas dúvidas e um enorme desgaste emocional são desencadeados (LIMA; SMEHA, 2019).

Neste momento tão delicado, a presença do serviço se materializa na vida familiar através da UTI neonatal. É ainda mais importante que a gestão hospitalar seja realizada com a máxima qualidade. Entende-se que é de extrema importância que, durante o período neonatal, o cuidado seja realizado de maneira a reduzir não somente a mortalidade infantil como a morbimortalidade. Ao nascer com malformações congênitas, baixo peso, prematuridade e problemas relacionados com o pós parto imediato os bebês ficam expostos a condições complexas de saúde. A precariedade dos serviços de saúde pode trazer complicações futuras para estas famílias, no entanto, quando estes bebês possuem atendimentos especializados para diminuir os agravos causados pela hospitalização isto pode trazer impactos positivos para estas famílias (DINIZ; RODRIGUES; ANDRADE, 2020).

A hospitalização neonatal pode trazer a tona dificuldades encontradas pelos pais para participar do processo de internação do seu filho. A distância geográfica, acessibilidade e composição familiar são elementos que podem dificultar a inserção destes no cuidado (RODRIGUES *et al.*, 2019). Ao propor este estudo em um hospital universitário, que atende unicamente pelo Sistema Único de Saúde, entende-se que

a alta demanda atendida e as dificuldades de recursos financeiros podem ser dificultadores do processo de inserção da família no cuidado neonatal.

O discurso em torno da humanização traz a tona a necessidade de vínculo entre profissionais da saúde e os usuários, trazendo significado maior que a qualidade dos cuidados, incluindo também o aperfeiçoamento dos profissionais e o reconhecimento dos direitos dos usuários. A humanização deixa claro a importância de iniciativas para produção de cuidados que conciliem a melhor tecnologia disponível com a promoção do acolhimento e respeito ético e cultural ao paciente, através de espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício de gestão e à satisfação dos profissionais da saúde (PAGNANO, 2020).

Assim, esta dissertação de mestrado tem como tema a qualidade do serviço de uma UTINEONATAL de um hospital público, buscando meios de conciliar as demandas dos servidores, usuários e a falta de recursos. Buscou-se, avaliar a qualidade do serviço da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria, e a partir do exposto melhorar a qualidade dos serviços prestados, identificando maneiras de tornar o atendimento mais humanizado, reduzindo a distância entre os gestores e os cidadãos e melhorando a utilização dos recursos disponíveis.

O problema de pesquisa foi definido como: identificar a qualidade do serviço da UTINEONATAL do Hospital Universitário de Santa Maria e como esta pode ser melhorada para se adequar às necessidades da demanda dos servidores e familiares dos pacientes?

A partir desse problema de pesquisa, foram definidos os objetivos geral e específicos que serão apresentados na sequência do trabalho.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade do serviço da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria e propor melhorias a partir da qualidade dos serviços prestados.

1.1.2 Objetivos específicos

São objetivos específicos deste estudo:

- Conhecer e descrever a estrutura, os recursos disponíveis e o serviço prestado na UTI Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM);
- Compreender as necessidades dos familiares dos recém-nascidos internados na UTI Neonatal do HUSM por meio da avaliação do serviço público prestado;
- Conhecer as demandas de aperfeiçoamento e satisfação dos servidores;
- Propor melhorias para adequar os serviços prestados às demandas dos servidores e familiares dos pacientes.

1.2 JUSTIFICATIVA

Esta dissertação de mestrado busca evidenciar uma clientela específica dos usuários de um serviço público, os familiares de recém-nascidos internados na UTINEO do Hospital Universitário de Santa Maria, por meio da avaliação do serviço prestado. O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) caracteriza-se como um hospital de ensino, geral, público, de nível terciário, atendendo 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tem por finalidade a formação profissional, desenvolvendo o ensino, a pesquisa e a extensão por meio da assistência à comunidade na área da saúde.

O HUSM é o maior hospital público com o único Pronto-Socorro a atender, exclusivamente, pelo SUS no interior do Estado e abrange uma população de 1,2 milhões de habitantes. Há mais de 30 anos, é referência no atendimento de urgência e emergência para a população de 45 municípios da Região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul. Em 2021 são oferecidos 403 leitos de internação. O hospital vem passando por mudanças, especialmente após a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) ter firmado contrato de gestão com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), em 17 de dezembro de 2013. Paulatinamente, a estrutura de governança (Superintendente, Gerentes, Chefes de Divisão, Chefes de Setores e Chefes de Unidades e Assessorias) passou a ser constituída em consonância com a EBSERH, a qual instituiu, como ferramenta de gestão o uso do Plano Diretor

Estratégico (PDE), documento que expressa Diretrizes e Linhas Estratégicas da Instituição.

A UTINEONATAL do HUSM trata-se de um centro de referência secundária e terciária. A UTINEO tem a finalidade de prestar a assistência a recém nascidos críticos com até 28 dias de vida, incluindo malformações, pós-operatórios ou ainda bebês que, inesperadamente, passam por alguma dificuldade. É referência para região central do Estado (46 municípios), conta com equipe multiprofissional especializada para prestar assistência integral à saúde do bebê e sua família. Situa-se no sexto andar do hospital com funcionamento 24 horas por dia de forma ininterrupta.

O serviço é constituído por 10 leitos de alto risco e 10 leitos de cuidados intermediários e canguru. Segundo o serviço de estatística da instituição, no ano de 2021, o serviço de UTI NEONATAL realizou 527 internações, uma média de 43,9 pacientes por mês, com uma taxa de ocupação de 146,3%, demonstrando a grande demanda atendida. Dentre as patologias que acometeram esses pacientes destaca-se a Prematuridade (64,9%), Imaturidade Extrema (17,45%), Síndrome da Angústia Respiratória (35,4%), Icterícia Neonatal (5,7%) e Malformações congênitas (13,8%).

O serviço conta com um total de 79 profissionais lotados na unidades, destes 31 possuem vínculo de Regime Jurídico Único e 48 são concursados pela EBSERH. O desenvolvimento desta pesquisa surgiu da trajetória como servidora pública concursada nesta instituição desde 2007. A prática profissional, permeada por aparatos tecnológicos e monitorização constante, com altos níveis de estresse para profissionais, criança e família, fez com que surgisse o questionamento a respeito da avaliação da qualidade do serviço na perspectiva dos familiares e profissionais quanto ao serviço público prestado.

A vivência profissional experienciada no dia a dia desta UTI me permite problematizar uma série de dúvidas e questionamentos sobre o cuidado prestado e principalmente sobre como este momento é visto e assim avaliado pelos usuários do serviço. Sabe-se dos entraves que a gestão pública enfrenta, como atrasos nos prazos de licitações, entregas de materiais de baixa qualidade e atraso de recursos financeiros. Além disso, são identificadas dificuldade de acomodação e deslocamento de familiares para o enfrentamento da internação de um filho em UTI, os quais, muitas vezes, têm internações prolongadas. Nesse sentido, entende-se que a avaliação da qualidade do serviço pode ser um ponto de partida para a

compreensão de que, dentro de uma organização pública, também é possível ter alta qualidade do serviço prestado.

Além disso, por meio de uma pesquisa realizada nas bases de dados LILACS, CINAHL e SCIELO, utilizando como palavras-chave: “Unidade de Terapia Intensiva Neonatal” or “serviço público”, no mês de junho de 2020, identificou-se 330 produções relacionadas ao tema. Os artigos selecionados abordam a temática da humanização do cuidado aos familiares de pacientes internados em UTINEO, no entanto observa-se que estes artigos preocupam-se com questões relacionadas a acreditação e avaliação dos serviços na visão dos usuários e colaboradores, além das estratégias para a realização do cuidado integral à criança prematura e seus familiares, considerando o contexto hospitalar, porém nenhum deles apresenta a avaliação da qualidade do serviço prestado sob o olhar de profissionais e usuários de um serviço público, o que justifica a realização deste estudo.

1.3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação está estruturada em seis capítulos. A introdução compreende a problemática da pesquisa, os objetivos e a justificativa do estudo. Após é apresentado o referencial teórico sobre a temática, focando na gestão hospitalar, serviço de UTINEO e avaliação do serviço, que fundamentam o presente estudo. No terceiro capítulo apresenta-se a metodologia da pesquisa, com a descrição da população e amostra, a coleta e a análise dos dados, além dos aspectos éticos. O quarto capítulo está intitulado Avaliação da qualidade do serviço da UTINEONATAL do HUSM, onde são apresentados os dados empíricos obtidos por meio das entrevistas com familiares e servidores além da análise destes dados e discussão com a literatura pertinente ao assunto. No quinto capítulo, são apresentadas as propostas elaboradas por esta dissertação e por fim, no sexto capítulo, apresenta-se as considerações finais do estudo e a análise final sobre a avaliação da qualidade do serviço em estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta o referencial teórico sobre a temática em estudo, focando na gestão hospitalar e no serviço de UTINEO e avaliação do serviço, os quais fundamentam o presente estudo.

2.1 GESTÃO HOSPITALAR

O século XXI trouxe diversas modificações para o serviço público. Os paradigmas mudaram, trazendo a qualidade do serviço para o centro do debate. Nos dizeres de Fernandes (2016, p. 1), sobre o Novo Serviço Público,

pela perspectiva desse novo paradigma o gestor público deve ter sua ação pautada em valores como democracia e cidadania, decidindo não somente sobre as melhores políticas e sua implementação, mas sobretudo, precisam cuidar de interesses gerais, atuando como um cidadão organizacional, por meio do estímulo à participação e cooperação de todos, numa relação de mútua interação, onde o aspecto coletivo do trabalho seja priorizado.

De acordo com Bonacim e Araújo (2010, p. 909) "desde a década de 1990, a gestão pública no Brasil está passando por grandes mudanças, incentivadas por reivindicações sociais que pedem maior eficiência, transparência e eficácia na aplicação dos recursos públicos". Assim, é importante que a busca pela qualidade do serviço público tenha início com a oitiva de seus usuários, buscando um melhor diagnóstico a respeito dos pontos que necessitam de maior atenção dos gestores.

Neste contexto, o presente estudo ganha importância por buscar diretamente com os usuários de um serviço público bastante específico – os familiares de recém-nascidos internados na UTI Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria – a sua avaliação do serviço prestado. Uma vez que a gestão não deve ser um lugar, espaço ou campo de ação reservado exclusivamente aos especialistas, sendo necessário o aumento da participação popular na gestão, a realização da pesquisa permite elaborar um plano de ação que leve em consideração as reais necessidades dos sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde.

A atuação dos profissionais em UTINEO, permeada por aparatos tecnológicos e monitorização constante, com altos níveis de estresse para profissionais, crianças e famílias, faz com que se questione a respeito da avaliação dos familiares quanto

ao serviço público prestado e a ideia de utilizar esta avaliação como ponto de partida para a elaboração de um plano de ação que aproximasse a gestão do serviço público de seu usuário.

O hospital é definido por Mintzberg (2003) como uma organização profissional na qual o saber precisa andar de mãos dadas com a ponderação, privilegiando os trabalhadores que os detêm. O autor destaca, ainda, que a realização dos processos produtivos nos hospitais com participação equivalente das instâncias da administração estratégica e dos usuários.

A literatura especializada aponta que a gestão hospitalar, por sua especificidade, apresenta desafios e complexidades próprias. Pode-se citar, entre estes desafios, as divergências interpessoais nas organizações prestadoras de serviços de saúde, provenientes, em geral, de disputas de interesse pessoais e profissionais, problemas de convivência e relações de poder (FARIAS; ARAÚJO, 2017).

Por outro lado, também surgem desafios de gestão oriundos da ausência ou ineficiência de mecanismos de avaliação do desempenho da gestão das organizações de saúde, da escassez de recursos financeiros e problemas na micropolítica da organização (FARIAS; ARAÚJO, 2017).

Diversos dos problemas de comunicação percebidos entre os profissionais da saúde e os gestores do hospital podem ser atribuídos à ausência de formalização das reclamações e sugestões junto à gestão ou setor pertinente, ou seja, uma falha de comunicação. Do ponto de vista administrativo, esta informalidade pode comprometer a qualidade do serviço prestado porquanto "a tomada de decisão por parte de gestores hospitalares sem o devido suporte de evidências pode ampliar os conflitos no ambiente, dificultando medidas que visem mitigar os efeitos negativos de um ambiente conflituoso" (FARIAS; ARAÚJO, 2017, p. 1989).

Exatamente devido a estes desacertos, a gestão participativa, também chamada de gestão colegiada, foi apresentada pela academia como uma alternativa para solucionar este problema. Trata-se da busca por práticas mais democráticas e centradas no diálogo, horizontalizando a administração, e criando espaço (inclusive físico) para debates de ideias, identificação e resolução de problemas (FARIAS; ARAÚJO, 2017).

Nos hospitais universitários, Littike e Sodre (2015) apontam que a forma de gestão assemelha-se à de empresa, no sentido de organizar-se de forma setorial,

com seções bem definidas e não necessariamente interdependentes. No entanto, este modelo de gestão não se revela adequada para a gestão hospitalar, uma vez que a interdependência dos setores assistenciais de um hospital é singular. Nos dizeres de Farias e Araújo (2017, p. 1900), "o isolamento destes compromete a eficiência na prestação de serviços e promove o surgimento de "ruídos" de comunicação, que se transformam em conflitos uma vez que não lhes é dada devida importância".

As principais práticas administrativas evidenciadas na literatura brasileira e internacional são aquelas que

satisfazem as necessidades de solucionar ou contornar problemas interpessoais e de definição de processos, a exemplo dos colegiados gestores (gestão participativa), dos modelos de acreditação hospitalar, de metodologias de gerenciamento de projetos e investimento em inovação tecnológica (FARIAS; ARAÚJO, 2017, p. 1903).

A acreditação hospitalar tem como base o aprimoramento dos processos hospitalares. A primeira etapa deste processo consiste na realização de um diagnóstico dos processos de trabalho da instituição interessada em adquirir o título. Este estudo prévio é criterioso, identificando as particularidades de cada organização. O diagnóstico servirá como base para a implementação de medidas de aprimoramento dos processos de trabalho. Concluídas estas medidas, "o hospital alcançará o título de "acreditado", o que faz com que para além dos benefícios de melhoria nos serviços da instituição, seja percebida uma elevação do status" (FARIAS; ARAÚJO, 2017, p. 1902).

Vecina Neto e Malik (2007, p. 832) realizam importante diferenciação entre as atividades de acreditação e das atividades de licenciamento. De acordo com os autores

atividades da acreditação são diferentes das relacionadas à permissão de funcionamento, sob a responsabilidade da Vigilância Sanitária. A submissão a esta, vinculada ao poder público, é obrigatória. Em tese, todos os hospitais em funcionamento preenchem os requisitos mínimos nacionais. A acreditação verifica pontos não contemplados naquele instrumento, assumindo que as condições mínimas de estrutura estejam garantidas. De todo modo, trata-se de um esforço de melhorar a qualidade dos serviços prestados, inclusive para os usuários.

As questões relativas ao custo são, como não podem deixar de ser, centrais para a eficácia e a eficiência gerencial. A qualidade deve estar, necessariamente,

aliada à eficácia em custo e à satisfação do paciente para que se encontre a excelência hospitalar (BONACIM; ARAÚJO, 2010, p. 905).

Em um hospital universitário público, o custo e o financiamento se tornam assuntos ainda mais complexos. Isto ocorre porque o investimento em novos espaços físicos, tecnologia e equipamentos é constante e indispensável, porquanto a "complexidade dos atendimentos, a concentração de serviços médicos especializados com forte demanda por atualização tecnológica, a existência de cursos de pós-graduação e o crescimento da população idosa com suas demandas específicas" (BONACIM; ARAUJO, 2010, p. 908) assim exigem.

Diferentes sistemas de custeio, visando atender a diferentes necessidades, foram desenvolvidos. Cita-se como exemplo o custeio por absorção, o custeio direto e o custeio baseado em atividades. Bonacim e Araujo (2010, p. 909) consideram que a adoção simultânea de sistemas pode ocorrer de forma harmoniosa, porquanto eles não são excludentes e tem "cada qual com um conjunto de informações específico às funções de controle e planejamento das atividades de uma entidade".

Na busca pela efetivação dos anseios da sociedade, pode-se considerar a tecnologia da informação como uma grande aliada, fundamental para a evolução da gestão pública, pois "um sistema de custeio completo e eficaz é, em geral, fruto da área de sistemas de informações" (BONACIM; ARAUJO, 2010, p. 909).

Neste sentido, Farias e Araújo (2017) apontam que o prontuário eletrônico pode ser uma ferramenta que faz a diferença no processo gerencial de uma instituição hospitalar. No entanto, sendo uma modernização tecnológica que não se encontra acessível a todas as instituições hospitalares, especialmente ao se considerar a escassez de recursos de diversos hospitais públicos, outros recursos também podem ser utilizados para aprimorar a gestão hospitalar.

Especificamente, nos serviços de saúde, Alvarez (2012) aponta que a Organização Mundial da Saúde (OMS) leva em consideração diversos aspectos em conjunto para considerar um atendimento médico-hospitalar como de qualidade. Entre eles, encontram-se o alto nível de excelência profissional, o uso eficiente dos recursos, riscos mínimos, impacto final na saúde e um alto grau de satisfação dos pacientes.

No contexto hospitalar, as Unidades de Tratamento Intensivo possuem grande importância. Tranquilli e Padilha (2007, p. 142) definem UTI's como "unidades que tem como objetivo concentrar pacientes em estado crítico ou de alto risco, passíveis

de recuperação, num local que concentre equipamentos, materiais e pessoal treinado para o adequado tratamento e cuidado".

A partir da década de 80, verificou-se que a assistência intensiva sofreu um crescimento significativo, tal qual a diversidade de pacientes graves. Felizmente, também surgiram mais especialistas para atender a estes pacientes e tecnologia capaz de auxiliar neste processo. No entanto, os custos gerados com a assistência intensiva também aumentaram, exigindo uma avaliação crítica da gestão hospitalar nestas unidades (TRANQUITELLI; PADILHA, 2007).

Neste contexto, como recursos assistenciais e gerenciais, surgiram os instrumentos de medida de gravidade e de demanda de trabalho de enfermagem, os quais auxiliam no equacionamento do uso de recursos no âmbito da assistência intensiva em UTI (TRANQUITELLI; PADILHA, 2007).

Especificamente no que diz respeito à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, a hospitalização do neonato nesta unidade significa sua introdução em um ambiente inóspito, com exposição frequente a estímulos que podem causar estresse e dor. De acordo com Lamego, Deslandes e Moreira (2005, p. 670), "ruídos, luz intensa e contínua, bem como procedimentos clínicos invasivos são constantes nessa rotina". Além disso, esses estímulos, o ambiente e o afastamento dos pais podem causar "interferências nos sistemas de autoregulação dos bebês, que podem até acarretar desequilíbrio nos mecanismos de homeostase e no desenvolvimento cognitivo e da aprendizagem da criança" (LAMEGO; DESLANDES; MOREIRA, 2005, p. 670).

Com vistas à melhorar a qualidade de vida destes recém-nascidos e de suas famílias e, de maneira geral, de todos os pacientes, o Brasil buscou implementar uma política pública de humanização em saúde, abrangendo as atitudes dos usuários, trabalhadores e gestores dos serviços. Assim, em 2004, foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH) (REIS *et al.*, 2013).

Esta política foi criada objetivando concretizar os princípios do SUS e fornecer um atendimento de qualidade. Na significação adotada por esta política, a qual é indissociável do próprio conceito de humanização, atendimento de qualidade "envolve mudanças em diversos níveis, incluindo a organização, as relações institucionais de trabalho, as condições da prestação de serviços, bem como os produtos oferecidos aos usuários" (REIS *et al.*, 2013, p. 120).

De acordo com a definição de Lamego, Deslandes e Moreira (2005, p. 670), a humanização consiste em

um conjunto de iniciativas que visa à produção de cuidados em saúde capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento e respeito ético e cultural ao paciente, de espaços de trabalhos favoráveis ao bom exercício técnico e à satisfação dos profissionais de saúde e usuários.

Especificamente no cuidado neonatal, as ações propostas pelo Ministério da Saúde são baseadas em adaptações brasileiras ao Método Canguru. São voltadas para o

respeito às individualidades, à garantia de tecnologia que permita a segurança do recém-nato e o acolhimento ao bebê e sua família, com ênfase no cuidado voltado para o desenvolvimento e psiquismo, buscando facilitar o vínculo mãe-bebê durante a sua permanência no hospital e após a alta (LAMEGO; DESLANDES; MOREIRA, 2005, p. 670).

Devido à fragilidade dos recém-nascidos pacientes das UTI's neonatais, à crescente implementação de procedimentos de alto risco, à baixa tolerância a erros de medicação (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011), torna-se necessário trabalhar para que a carga de estímulos nocivos aos bebês possa ser reduzida. Assim, os níveis de cortisol e a frequência cardíaca dos neonatos diminuem, o que auxilia na qualidade e aumento do sono, no ganho de peso e no desenvolvimento dos ritmos nos recém-nascidos (LAMEGO; DESLANDES; MOREIRA, 2005).

Buscando aumentar o conforto dos neonatos, as medidas não farmacológicas vem sendo estudadas, com análises de diversos estudos que investigam o alívio da dor nestes bebês. Estas medidas apresentam-se como vantajosas devido ao baixo custo, à ausência de interações medicamentosas e à facilidade de aplicação (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Oliveira *et al.* (2019, p. 1488) citam como as medidas não farmacológicas de maior destaque para o alívio da dor do recém-nascido

o ambiente humanizado, o aleitamento materno, o contato pele a pele método canguru, manobra de contenção facilitada e enrolamento, solução oral de glicose ou sacarose e sucção não nutritiva com chupeta, podendo-se considerá-las como as mais efetivas.

Schmidt *et al.* (2012, p. 79) salientam as contribuições positivas do toque para a evolução clínica do bebê. A importância do toque é sensível, uma vez que contribui para a formação do vínculo entre os pais e a criança, favorecendo a convivência destes e estimulando a confiança e a capacidade parental. O papel da equipe da UTI, neste ponto, é ensinar aos pais quando e como tocar seu filho para potencializar esta interação.

No entanto, existem contradições entre a adoção de práticas mais flexíveis voltadas para a humanização do cuidado (uso de sucção não nutritiva e de lençóis sobre as incubadoras para a diminuição do nível de luz) e as práticas já consolidadas, especialmente quando o estado do recém-nascido implicava em avaliações clínicas mais intensas e constantes. Lamego, Deslandes e Moreira (2005, p. 674) apontam que "em um campo de práticas onde as evidências científicas sustentam atitudes e procedimentos, ações ainda não comprovadas por estudos sistemáticos, vistas como "alternativas", tendem a ser suprimidas nos momentos de incerteza".

Além disso, as transformações ambientais (especialmente ruídos e iluminação) também são adaptadas para atender às necessidades dos profissionais, transformando o ambiente para adequar-se à estas (LAMEGO; DESLANDES; MOREIRA, 2005, p. 674).

Rosa e Fontana (2010) apontam um estudo realizado com técnicos em enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o qual evidenciou que estes profissionais associam o conceito de humanização, de forma principal, a um bom relacionamento entre os colegas trabalhadores da unidade. Fica evidenciado, portanto, que a compreensão da política de humanização nos serviços de saúde também é um problema que interfere nesta prática, aspecto que também é demonstrado pela ideia, explicitada no parágrafo anterior, de que esta prática careceria de cientificidade.

Outros obstáculos encontrados na implantação da PNH consistem na falta de planejamento de ações que viabilizem estes cuidados e na "falta de estrutura física adequada e condizente com a ambiência da PNH também é destacada como fator limitador para a prática da humanização na UTI neonatal" (REIS *et al.*, 2013, p. 123).

Reis *et al.* (2013, p. 121) consideram que

as ações da humanização no cuidado neonatal devem voltar-se para o respeito às individualidades, à garantia da tecnologia que permita a segurança do neonato e o acolhimento ao bebê e sua família, com destaque ao cuidado voltado para o desenvolvimento e psiquismo, buscando facilitar o vínculo entre pais e bebês durante sua permanência no hospital e após a alta.

Ferraresi e Arrais (2018) ressaltam a necessidade de melhorar a comunicação entre a equipe neonatal e as mães e de flexibilizar a política de visitas no sentido de possibilitar a presença mais frequente de outros familiares.

Ferreira *et al.* (2010) apresentam um estudo realizado em Portugal, no qual ficou evidenciado que os pais dão grande importância ao recebimento de informações exatas sobre o estado de saúde do filho. Os pais esperam, ainda, poder confiar que são prestados os melhores, cuidados médicos e de enfermagem, mesmo quando não estão presentes.

Não é equivocado afirmar que estudos que avaliam a percepção dos pais sobre a UTI Neonatal e a PNH convergem ao dar prioridade para o acolhimento do bebê e seus pais como uma unidade familiar, uma família. As mudanças que visam ampliar os cuidados para inclusão da família tem crescido em importância. Lamego, Deslandes e Moreira (2005, p. 673) afirmam que

O entendimento de que um bebê não existe fora de um contexto familiar tem mudado as relações dentro da UTI. Tais relações se estabelecem antes do nascimento quando se detecta uma patologia, podendo alterar precocemente a interação ou vínculo das famílias com seus bebês.

Neste mesmo sentido, com embasamento na filosofia da PNH, Reis *et al.* (2013, p. 122) sustentam que acolhimento significa a "formação de redes e vínculos multiprofissionais, visando à integralidade e valorização dos sujeitos". Os vínculos devem ser criados, para além do vínculo entre o profissional e usuário, mas deve ser gerado e mantido também entre equipe, paciente e família.

2.2 SERVIÇOS DE UTINEONATAL

O hospital é o local onde se fazem as maiores intervenções de saúde nos indivíduos com situação de agravo, bem como manutenção e preservação da mesma. Acrescenta-se ainda à extensa relação de demandas gerenciais, a exigência por conhecimentos específicos na gestão dos recursos humanos e físicos

sociais e culturais e econômicos. Nos hospitais universitários a forma de gestão assemelha-se a forma de empresa, no sentido de organizar-se de forma setorial, com sessões bem definidas e não necessariamente interdependentes. Estes hospitais universitários representam 2,8% dos hospitais no país, e que unem, indissociavelmente, três pilares coesos, são eles: formação e especialização de novos profissionais da saúde; agrupamento uma admirável quantidade de atendimento terciário e quaternário (de maior complexidade); e ainda são ritmo acelerado para gerar aprendizagem e conhecimento de grande valor científico com pesquisa (LITTIKE; SODRE, 2015).

A hospitalização de um recém nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINEO) ocorre quando os bebês nascem prematuramente, ou seja, antes de completar 37 semanas de idade gestacional e/ou quando eles nascem com algum agravo na sua saúde. A UTINEO oferece aos bebês um espaço com grande arsenal tecnológico que pode proporcionar a recuperação e o restabelecimento da fisiologia corporal. No entanto, muitas vezes, podem ocorrer prejuízos decorrentes do estresse causado por essa vivência (ROSO *et al.*, 2014).

A experiência da internação de um filho em UTINEO é uma vivência delicada e desafiadora para os pais e suas famílias. A internação é um evento para o qual não há preparação e com ela aflora uma série de sentimento ambíguos desde o momento do encontro com o bebê em um ambiente desconhecido e inóspito, bem como o presenciar condutas terapêuticas e procedimentos dolorosos em seu rebento, até que chegue o momento de poderem participar dos cuidados e sentirem-se essencialmente pais (BARBOSA; RODRIGUES, 2004).

Cada vez mais a família está presente no cuidado à criança no ambiente hospitalar. A família precisa ser considerada um sujeito de direitos, que necessita de apoio por parte dos profissionais de saúde e das instituições para potencializar seus saberes na prática do cuidado. Diante dessa realidade, os profissionais da saúde, especificamente da equipe de enfermagem e gestores, necessitam conduzir seu olhar para a família como um objeto de cuidado, tendo em vista um processo de produção de relações e intervenções para além do discernimento clínico, sabendo-se que o aspecto do cuidado humanizado é um dos mais difíceis de ser implementado.

A rotina diária e complexa de uma UTINEO faz com que os membros da equipe não se detenham em tocar, sentir e ouvir de forma efetiva e afetiva o

paciente ou seu familiar, inseridos no contexto de alta complexibilidade. Desse modo, a equipe de enfermagem deve desenvolver um cuidado voltado para a integralidade e que inclua a família no processo, estabelecendo vínculos de confiança e responsabilização, dispendo o respeito à singularidade do binômio recém nascido/família.

Assim, realizou-se uma revisão integrativa elencando-se a seguinte pergunta: qual o conhecimento científico que tem sido produzido sobre a humanização do cuidado aos familiares de pacientes internados em UTINEO? Para responder esta questão formulou-se o objetivo do estudo que foi identificar as produções científicas relacionadas a humanização do cuidado aos familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

As pesquisas bibliográficas, do tipo estado da arte, partem do princípio que o produto dos estudos deixa de ser um projeto puramente técnico e torna-se uma obra-prima do autor, com sua marca singular, para um amplo conhecimento do assunto estudado. Este capítulo, apresenta uma revisão integrativa da literatura realizada por meio de levantamento bibliográfico junto às bases de dados LILACS, CINAHL e SCIELO. Para a busca dos artigos, foi realizada a seguinte estratégia: em todas as bases foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “Unidade de Terapia Intensiva Neonatal” or “serviço público”. A busca dos artigos foi realizada no mês de junho do ano de 2020.

A partir dessa estratégia, foram encontradas um total de 330 produções relacionadas ao tema: 81 trabalhos na CINAHL, 206 trabalhos na LILACS e 43 trabalhos na SCIELO. Os critérios utilizados para seleção dos estudos foram: produções publicadas em periódicos disponíveis online que abordassem a temática da humanização do cuidado aos familiares de pacientes internados em UTINEO, periódicos indexados no banco de dados LILACS, CINAHL e SCIELO, publicados no período de 2015 a 2020. Foram excluídos do estudo os livros, capítulos de livros, manuais, resumos de anais, produções que não disponibilizavam resumos e aqueles repetidos. Após a busca, foi realizada a leitura dos títulos e resumos encontrados e, por conseguinte, foram analisadas e selecionadas as pesquisas de interesse para este estudo.

Ao término desta etapa, foram selecionadas 13 produções na LILACS, 2 produções na SCIELO e 5 produções na CINAHL. O Quadro 1 apresenta as informações dos artigos incluídos na amostra dessa revisão:

Quadro 1 – Identificação do código/qualis, com ênfase na administração e na enfermagem Santa Maria, RS. 2020

(continua)

N	CÓDIGO/ QUALIS	AUTORES	TÍTULO	PERIÓDICO	ANO
1	ADM - A2 ENF - A1	Balbino FS, Baliero MMF, Mandetta MA	Avaliação da percepção do cuidado centrado na família e do estresse parental em unidade neonatal	Revista Latino Americana de Enfermagem	2016
2	ADM - B1 ENF - A2	Silva LJ, Leite JL, Silva TP, Silva IR, Mourão PP, <i>et al</i>	Desafios gerenciais das boas práticas do método canguru em UTI Neonatal	Revista Brasileira de Enfermagem	2018
3	ADM - B1 ENF - A2	Nascimento MHM, Teixeira E	Tecnologia educacional para mediar o acolhimento de familiares cangurus em unidade neonatal	Revista Brasileira de Enfermagem	2018
4	ADM - B1 ENF - A2	Camilo NRS, Oliveira JLC, Junior JAB, Cervilheri AH, Haddad MCFL, <i>et al</i>	Accreditação em hospital público: percepção da equipe multiprofissional	Revista Brasileira de Enfermagem	2016
5	ADM - B1 ENF - B2	Chvatal VLS, Vasconcelos JFJ, Rivoredo CRS, Turato ER	Mecanismo de defesa Utilizado por Adolescentes com bebês prematuros em UTI Neonatal	Paidéia on-line	2017
6	ADM - B1 ENF - B1	Ferraresi MF, Arrais AR	Avaliação da Assistência Multiprofissional em uma Unidade Neonatal Pública na Perspectiva das mães	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	2018
7	ADM - B2 ENF - B1	Custódio N, Marski BSL, Abreu FCP, Mello DF, Wernet M	Interações entre profissionais de saúde e mães de prematuros: influência no cuidado materno	Revista de Enfermagem UERJ	2016
8	ADM - B1 ENF - B2	Lima LG, Smeha LN	A experiência da maternidade diante da internação do bebê em UTI: uma montanha russa de sentimentos	Psicologia em Estudo	2019
9	ADM - B2 ENF - B1	Leite CCP, Souza SNDH, Rossetto EG, Pregararo LGO, Jacinto VCB	O diário de um bebê para a mãe de prematuro: apoiando o cuidado centrado na família	Revista de Enfermagem UERJ	2016
10	ADM - B1 ENF - B2	Rodrigues CB, Uema RTB, Rissi GP, Felipin LCS, Higarashi IH	Cuidado centrado na família e sua prática na unidade de terapia intensiva neonatal	Rev Rene	2019
11	ADM - B2 ENF - B1	Banhara FL, Farinha FT, Henrique T, Razera APR, Alves NGA, <i>et al</i>	Visitação aberta em unidade de terapia intensiva neonatal: percepção da equipe de enfermagem	Revista de Enfermagem UERJ	2018

Quadro 1 – Identificação do código/qualis, com ênfase na administração e na enfermagem Santa Maria, RS. 2020

(conclusão)					
12	ADM - B1 ENF - B1	Barbosa TA, Reis KMN, Lomba GO, Alves GV, Braga PP	Rede de apoio e apoio social às crianças com necessidade especiais de saúde	Revista Rene	2016
13	ADM - B1 ENF - A2	Luiz FF, Caregnato ARC, Costa MR	Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde	Revista Brasileira de Enfermagem	2017
14	ADM - B3 ENF - B2	Cecagno D, Fröhlinch VC, Cecagno S, Weykamp JM, Biana CB, et al	La vivencia em una unidad de terapia neonatal intensiva: una mirada expresada por madres	Revista Cuidado é Fundamental on-line	2020
15	ADM - B3 ENF - B2	Soares LG, Soares LG, Decesaro MN, Higarasho IH	Percepção das famílias sobre o acolhimento no contexto neonatal durante um processo de intervenção	Revista Cuidado é Fundamental on-line	2019
16	ADM - B2 ENF - A1	Cordeiro ALO, Fernandes JD, Mauricio MDA, Silva RMO	O Capital do Cliente na Gestão de Enfermagem em Hospitais	Escola Anna Nery	2020
17	ADM - B2 ENF - A1	Costa DG, Moura GMSS, Moraes MG, Santos JLG, Magalhães AMM	Atributos de satisfação relacionados à segurança e qualidade percebidos na experiência do paciente hospitalizado	Revista Gaúcha de enfermagem	2020
18	ENF - B2 INTERDISCIPL INAR - B1	Bezerra FD, Menezes MAS, Mendes RB, Santos JMJ, Leite DCF, et al	Cuidado perinatal em um estado do nordeste brasileiro: estrutura processos de trabalho e avaliação dos componentes do essencial newborn care	Revista Paulista de Pediatria	2019
19	ENF - B1 INTERDISCIPL INAR - B2	Fermino V, Mattos K, Emidio SCD, Mendes-Castilho AMC, Carmona EV	Sentimentos paternos acerca da hospitalização do filho em unidade de internação neonatal	Revista Mineira de Enfermagem	2020
20	ADM-B3 ENF -B2	Carvalho E, Mafrá POC, Schultz LF, Achumacher B, Aires LCP	Inclusão e participação nos cuidados ao filho pré-termo na unidade neonatal: percepção paternas	Revista de enfermagem da UFSM	2019

Fonte: Elaborado pela autora.

São apresentados e analisados os dados referentes à caracterização dos estudos. Quanto ao ano de publicação, são quatro estudos no ano 2015, dois em 2016, três em 2017, três em 2018, cinco em 2019 e 3 até o momento em 2020. No

que se refere à origem das publicações, a pesquisa identificou que todos artigos incluídos neste estudo são publicados no Brasil, cuja concentração regional se deu predominantemente na região sudeste com 10 publicações, seguida da região sul com cinco estudos, da região nordeste com três estudos, norte com um e distrito federal com um artigo.

Quanto a natureza metodológica utilizada nos 20 estudos, prevaleceu a pesquisa qualitativa com um total de 18 publicações, enquanto a abordagem quantitativa foi utilizada em apenas duas publicações. A abordagem qualitativa gera conhecimentos sobre fenômenos subjetivos, justificando assim a escolha, na maior parte dos estudos, pela abordagem qualitativa, de acordo com a natureza dos estudos.

Para a coleta dos dados, o método mais utilizado foram as entrevistas em 14 estudos. Os demais utilizaram questionários semi-estruturados em cinco estudos e um foi uma pesquisa bibliográfica. As entrevistas são os procedimentos de coleta de informações mais utilizadas em pesquisas qualitativas, as quais, geralmente abordam temas subjetivos.

Quanto aos sujeitos dos estudos, predominaram os familiares, em 14 estudos, seguidos da equipe de saúde. Este dado fortalece a busca pela necessidade de estudos relacionados aos familiares e o investimento em pesquisas com profissionais da saúde.

Os autores das pesquisas foram em sua maioria da enfermagem, com 18 publicações, seguidos de dois da psicologia. Ressalta-se a enfermagem inserida na temática das melhorias da qualidade da saúde aos familiares de bebês internados em UTINEO.

Após a análise, os artigos foram classificados e agrupados em categorias conforme as semelhanças temáticas. As categorias utilizadas para discussão foram: “a acreditação e avaliação dos serviços na visão dos usuários e colaboradores” e “estratégias para a realização do cuidado integral à criança prematura e familiares no contexto hospitalar”. Embasado na Política Nacional de Humanização como diretriz do acolhimento e instrumento de intervenção em saúde, pautado na qualificação da escuta, estabelecimento de vínculo e saberes partilhados apresenta-se a discussão dos artigos analisados.

2.2.1 A acreditação e avaliação dos serviços na visão dos usuários e colaboradores

A prematuridade está diretamente relacionada com o afastamento do binômio mãe/filho, pois na maioria das vezes esta hospitalização se prorroga por vários meses. A presença e participação dos pais pode reduzir o estresse parental e fortalecer a autoconfiança no trabalho, o que consolida o vínculo mãe/pai e bebê. A realização do cuidado centrado na família, a limitação de recursos humanos, físicos e ambientais (RODRIGUES *et al.*, 2019) faz emergir as discussões relacionadas as questões econômicas, tanto no que tange o tratamento quanto a renda familiar, que por vezes não comporta o transporte diário e a alimentação dos pais, que, muitas vezes, são cobrados a permanecer junto ao bebê. Tal fato pode auxiliar na justificativa da evasão dos mesmos.

O baixo índice de ações educacionais e coesão nas orientações e informações fornecidas aos pais, geram estresse e confusão, os quais por sua vez não conseguem assimilar as informações de forma efetiva e eficaz (SILVA *et al.*, 2020). Faz-se necessário abordar a Política Nacional de Humanização ressaltando que a diretriz do acolhimento é forte instrumento de intervenção em saúde, pautado na qualificação da escuta, estabelecimento de vínculo e saberes partilhados, a perspectiva familiar em relação ao cuidado, ratifica a importância da participação ativa de seus autores sócias e culturais (SOARES *et al.*, 2019).

A falta de comunicação efetiva entre a mãe e a equipe de também parece acarretar problemas no desempenho do trabalho voltado à família, pois gera estresse e sobrecarga na mãe. Em contrapartida, o pouco tempo disponível para realizar as orientações com calma e de forma efetiva parece ser um forte indicador para sobrecarga de trabalho dos profissionais da saúde (RODRIGUES *et al.*, 2019).

Estudo (SOARES *et al.*, 2019) realizado sobre a compreensão da percepção familiar do acolhimento no contexto da assistência de enfermagem neonatal demonstra que considerar a perspectiva da família no cuidado ao seu filho é de extrema importância. As práticas de cuidado pautadas na perspectiva familiar podem ser estratégias de intervenções a estas famílias, compartilhando informações e saberes.

Entende-se que o enfrentamento da chegada de um filho, já em situação crítica de vida é um turbilhão a ser vencido, bem como os pais serem submetidos a

espectadores no cuidado de um filho, o que faz surgir sentimentos de sofrimento e incapacidade nos pais (CUSTÓDIO *et al.*, 2016). Estudos apresentam a necessidade de implementação de estratégias e protocolos que amenizem e experiênciam dos pais com bebês em UTINEO, com destaque para a educação e diálogo recíproco entre equipe e familiares, aumentando assim o sentimento de confiança entre ambas as partes e possibilitando melhor enfrentamento das dificuldades no processo vivenciado (SOARES *et al.*, 2019).

O estudo de Bezerra *et al.* (2019) descreve que os processos de atendimento à gestante/recém-nascido ainda apresentam baixa cobertura das políticas de humanização, principalmente no que se refere à amamentação na primeira hora de vida e à presença de acompanhante na hora do parto. Tal situação transparece que não há uma adequada adesão dos profissionais da saúde aos protocolos de atendimento materno e neonatal.

Autores como Nascimento e Teixeira (2018) apontam para a possibilidade de utilizar tecnologias educacionais, como cartilhas, para mediar o acolhimento das famílias em UTINEO. Nessa perspectiva, a educação em saúde pode ser mediada por essa tecnologia impressa, com linguagem clara, por meio de imagens e textos que sustentem o processo de educação em saúde.

O estudo de Ferraresi e Arrais (2018), realizado com mães de uma UTINEO do Distrito Federal sobre a avaliação da assistência multiprofissional, foi identificado que existe uma satisfação das mães relacionada à situação de renda com a duração da internação, as quais avaliaram positivamente a qualidade da assistência, mas também salientaram a importância de melhorar a comunicação entre a família e os profissionais e de permitir o aumento da presença de outros familiares na unidade. O apoio e compreensão da equipe à mãe permite que ela enfrente esta situação com mais tranquilidade, confiança e segurança.

Além disso, entende-se que quando se institui novos saberes à prática de cuidado aos bebês, se favorece o vínculo afetivo. Existe uma melhora significativa na percepção do cuidado na visão dos pais quando se inclui a família no processo de hospitalização do filho (BALBINO; BALIEIRO; MANDETA, 2016). Para alguns autores (CAMILLO *et al.*, 2016), as percepções da equipe multiprofissional apontam para a necessidade da qualidade da assistência de saúde, por meio da satisfação dos profissionais envolvidos.

2.2.2 Estratégias para a realização do cuidado integral à criança prematura e familiares no contexto hospitalar

A prematuridade é a segunda causa de mortalidade infantil, considerada desta forma um problema de saúde pública mundial. Embora o avanço tecnológico venha seguindo a passos largos e tornando-se cada vez mais um aliado de extrema importância na sobrevivência, a UTINEO ainda reporta a cenários amedrontadores para os pais e familiares. Visando a qualidade de vida e a humanização no cuidado, muitas tem sido as discussões e mudanças propostas e adotada nos mais diversos setores de serviços, com ênfase para a descentralização no processo de doença, buscando-se desta forma um cuidado centrado na família, com dignidade e respeito, usando uma ferramenta de suma importância no processo, as informações compartilhadas, onde profissionais e familiares, dividem informações de maneira completa e imparcial. Nesse contexto os familiares são convidados e encorajados a participar ativamente do cuidado e tomadas de decisões, incluindo-os e entendendo-os como base de apoio da instituição, tornando-se colaboradores do processo na tomada de decisões e prestação do cuidado (FERMINO *et al.*, 2020).

O cuidado centrado na família na UTINEO parece estar relacionado a comunicação efetiva por meio do vínculo entre equipe e família. Os profissionais da saúde apresentam dificuldade de explanar os acontecimentos aos familiares, muitas vezes pela dificuldade de assimilação dos fatos, o que pode causar o distanciamento destes. Reuniões, incluir os pais nos cuidados, incentivar o método canguru e capacitações para a equipe de saúde podem ser estratégias para construção do vínculo entre a família e equipe (RODRIGUES *et al.*, 2019). Implementar o método canguru na UTINEO pode ser um facilitador das boas práticas. Existem desafios profissionais e institucionais para uma melhor adesão e aplicação, no entanto, a interação da família com os profissionais é de extrema importância para este método (SILVA *et al.*, 2018).

Para as mães o fato de não levar seus filhos para casa tão logo eles nasçam causa diversos sentimentos, como medo, insegurança, temor da morte, impotência e culpa. Também ocorre a preocupação da mãe com os outros filhos, a sensação de perda de controle dos fatos e a necessidade de apoio dos demais familiares, além do marido (LIMA; SMEHA, 2019).

Alguns autores ressaltam que a visita aberta em UTINEO, na percepção

da equipe de enfermagem, pode beneficiar os recém-nascidos e suas famílias, mesmo tendo uma impressão inicialmente negativa. A equipe geralmente se mostra resistente à oferta de informações aos familiares, além de referirem que existe a falta de espaço para a inserção da família, interferência nas rotinas, descumprimento de normas, o que pode apontar para a necessidade de treinamento da equipe por meio das ações educativas permanentes (BANHARA *et al.*, 2018).

Para as mães, a UTINEO é vista como um ambiente controlado, onde as crianças ficam para cuidados especializados. Elas se comportam de forma obediente e, muitas vezes, submissa aos profissionais da saúde, os quais regulam a relação da mãe com o filho pelas regras impostas na hospitalização, a qual tem o papel de apenas observar e aprender o cuidado. Assim, os profissionais são vistos como instigadores do medo materno em cuidar de um prematuro frágil, instável e com risco de morte e infecção (CARVALHO *et al.*, 2019).

As mães, muitas vezes, compreendem a necessidade de internação dos seus filhos, mas também revelam o quanto esta vivência causa preocupações, dificuldades e sentimentos de choque, medo e desinformação. Elas relatam ter dificuldade de encontrar um bebê que não corresponde às expectativas criadas na gestação. O estudo de Cecagno *et al.* (2020) realizado sobre a vivência das mães em UTINEO, elas relatam ter confiança nos profissionais da saúde embora saibam dos problemas advindos da prematuridade, confiando e acreditando que os mesmos fazem o melhor pelos seus filhos.

Corroborando com estes estudos, a pesquisa de Leite *et al.* (2016) realizada com 11 mães de prematuros demonstrou que a rotina de uma UTINEO é diferente de tudo que a família conhece e/ou vivencia. Sendo assim, as famílias precisam lidar com este fato e elaborar seu sofrimento. As mães, frequentemente relatam sentimentos contraditórios, como a culpa, esperança e resignação.

Em um estudo realizado em uma maternidade pública do Sul do Brasil, foram entrevistados 11 pais de prematuros, os quais relatam que o nascimento antecipado do filho e sua internação na UTINEO foi traumático, pois a maioria desconhecia os riscos para o parto e nascimento do filho prematuro. A hospitalização do bebê proporciona experiências múltiplas para os pais, podendo causar insegurança e estresse. Um dos fatores relacionados a esses sentimentos seria a jornada de trabalho dos pais, que devido ao curto prazo de licença paternidade impossibilita o acompanhamento contínuo. Ressalta-se que a presença do pai deve ser estimulada

pela equipe de saúde, pois os mesmos relatam que à medida que aprendiam os cuidados com o filho, a insegurança era amenizada (CARVALHO *et al.*, 2019).

Assim, entende-se que a humanização do cuidado aos familiares de pacientes em UTINEO foi vista como uma difícil tarefa para os profissionais da saúde. Ao mesmo tempo que eles entendem as dificuldades vivenciadas pelas famílias durante esta vivência, eles identificam fatores limitadores dessa possibilidade para auxiliar os pais.

Inserir e promover o vínculo pela participação dos pais nos cuidados aparece como uma estratégia de redução do estresse, além de promover a confiança na equipe de saúde. As questões econômicas também foram identificadas como limitadoras da presença constante da família na UTINEO, tendo em vista as dificuldades financeiras que vivenciam.

As dificuldades de comunicação entre a família e a equipe são um agente estressor da humanização deste cenário, no entanto fornecer orientações e informações com calma e de forma clara e objetiva pode ser uma estratégia, por meio de meios de comunicação impressos, por exemplo, como cartilhas ilustrativas.

A assistência aos bebês e seus pais foi identificada como positiva por eles, os quais sentem medo de perder os filhos, culpa, esperança, resignação, insegurança, estresse, e ainda enfrentam a preocupação com os demais membros da família, sentindo necessidade de ter o apoio dos outros familiares, além do pai do bebê. Nessa perspectiva, estimular as visitas dos demais familiares pode ser uma estratégia para facilitar a humanização, promovendo vínculo da rede de apoio com o novo integrante da família. A inserção do pai nos cuidados também precisa ser estimulada, os quais, muitas vezes, pelo curto prazo de licença paternidade acabam ficando distantes dos seus filhos.

2.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

A avaliação de qualidade dos serviços vem sendo uma preocupação dos profissionais e estudiosos da área de marketing e gestão. No final da década de 1970, surgiram os primeiros de avaliação de qualidade, os quais resultaram de inúmeros trabalhos que tinham como proposta conceituações, operacionalizações e sistematizações a respeito da qualidade de serviços. Pena *et al.* (2013) referem que

diferentes abordagens e desdobramentos vem buscando incorporar a subjetividade que se encontra presente na percepção da qualidade.

O tema da qualidade em serviço é permeado pela comparação entre o que os usuários de um serviço consideravam que deveria ser oferecido (o serviço ideal, esperado) e o que era efetivamente oferecido. Os primeiros ensaios a respeito de qualidade em serviços tiveram esta comparação como base. Nesse sentido, pode-se considerar qualidade em serviço como "a razão entre o nível de eficácia de serviço e a expectativa do usuário" (PENA *et al.*, 2013, p. 1236).

Embora este conceito não seja universal, conforme se verá no decorrer do trabalho, as noções que ele apresenta são ponto de partida fundamental para os demais conceitos abordados neste trabalho. A avaliação de qualidade de serviços se mostra mais complexa do que a avaliação de produtos devido às características específicas que o serviço possui: intangibilidade, heterogeneidade, inseparabilidade, variabilidade e perecibilidade. A intangibilidade é caracterizada pelo fato de que as atividades não podem ser vistas, sentidas, ouvidas ou provadas antes de serem adquiridas. São heterogêneos porque são avaliados pela experiência de quem os utiliza, possibilitando a interpretação diferente de acordo com o prestador e o usuário (PENA *et al.*, 2013).

Por sua vez, a inseparabilidade consiste no fato de que o serviço é produzido e consumido simultaneamente, tornando inevitável que as inconformidades produzidas sejam experimentadas pelo destinatário do serviço. Esta característica também consiste no fato de que os profissionais que prestam o serviço são parte dele. Com relação à variabilidade, esta diz respeito a quem, onde e quando os serviços são fornecidos. A perecibilidade está atrelada à noção de que os serviços não podem ser armazenados, razão pela qual é necessário promover o equilíbrio entre a demanda e a oferta dos serviços (PENA *et al.*, 2013).

Deste modo, é necessário que se diferencie os conceitos de qualidade e satisfação. Considera-se, portanto, com base em Parasuraman *et al.* (1985), que a qualidade dos serviços é observável e perceptível, estando relacionada a um julgamento global. Por sua vez, a satisfação é relacionada a um fato ou transação específica. Os autores elaboraram este conceito a partir de pesquisa exploratória com grupos de foco, na qual foram observadas ocorrências de satisfação de clientes com serviços ao mesmo tempo em que estes não eram percebidos pelos clientes como serviços de qualidade (LIMA *et al.*, 2019).

2.3.1 SERVQUAL – O modelo de Parasuraman, Zeithaml e Berry

O modelo de avaliação elaborado por Parasuraman, Zeithalm e Berry é baseado na análise de expectativas e percepções de usuários de serviços. O modelo avalia a diferença entre o que é esperado pelo usuário e o que é recebido no momento da prestação do serviço. Desta diferença são originados os gaps, ou lacunas, os quais Pena *et al.* (2013, p. 1235) consideram que podem ser "o principal obstáculo para que os usuários percebam a prestação desses serviços com qualidade".

Buscando compreender como os usuários percebiam e avaliavam a qualidade dos serviços, Parasuraman, Zeithalm e Berry desenvolveram um estudo no ano de 1985. O estudo consistia em doze grupos focais, distribuídos de três em três para os serviços de banco de varejo, cartão de crédito, corretagem de ações e reparos e manutenção. As percepções comuns entre os grupos serviram como base para os autores definirem a qualidade do serviço como o grau e o tipo de discrepância entre as percepções e as expectativas (PARASURAMAN *et al.*, 1985).

Este primeiro estudo revelou, no padrão das respostas apresentadas, dez critérios avaliativos que foram percebidos independentemente do serviço investigado. São eles: tangibilidade: aparência física das instalações, equipamentos, quadro de trabalhadores e materiais normativos; confiabilidade: capacidade de realizar o serviço prometido de forma confiável e precisa; responsividade: capacidade para ajudar os usuários com prontidão; competência: apropriação das habilidades requeridas e conhecimento para realizar serviços; cordialidade: polidez, respeito, consideração e amistosidade dos trabalhadores; credibilidade: confiança, verdade e honestidade; segurança: ausência de perigo, risco ou dúvidas; acessibilidade: proximidade e contato empático; comunicação: manter os usuários informados numa linguagem adequada e compreensão: esforçar-se para entender o usuário e suas necessidades (SOUTO; NETO, 2017).

Estes resultados inicialmente obtidos foram submetidos pelos pesquisadores à uma análise estatística que buscava determinar as inter-relações entre estas dimensões. Três dimensões não sofreram alterações: tangibilidade, confiabilidade e responsividade. As outras sete foram redistribuídas em duas dimensões que as contém: garantia e empatia (CERVILHERI *et al.*, 2020).

Pena *et al.* (2013, p. 1236) consideram que

A análise dessas cinco dimensões demonstrou que os usuários utilizavam-nas como critérios de julgamento da qualidade do serviço. As dimensões não são mutuamente exclusivas, ainda assim, fornecem uma importante estrutura para a compreensão das expectativas dos usuários, sendo aspectos que delineiam o serviço sob o ponto de vista de quem irá julgá-lo.

Assim entende-se que a tangibilidade é relativa às instalações físicas, ao equipamento, material e recursos humanos que podem ser percebidos pelos cinco sentidos humanos. A confiabilidade pode ser traduzida na habilidade do fornecedor de executar o serviço de forma eficiente e segura. Para que seja alta, o desempenho deve ser consistente, sem inconformidades, cumprindo com o prometido e eliminando ou evitando retrabalhos (PARASURAMAN *et al.*, 1991).

A responsividade diz respeito ao atendimento voluntário do prestador ao usuário, demonstrando atenção e disponibilidade na prestação do serviço, além de precisão e rapidez na resposta. A garantia, por sua vez, pode ser compreendida como a cortesia, o conhecimento e a habilidade dos prestadores de serviço, na confiança transmitida pelos prestadores de serviço. Por fim, a empatia é a dimensão que analisa a importância que o prestador de serviço demonstra ao usuário. Diz respeito à assistência de forma individualizada, à capacidade de demonstrar interesse. Inclui a acessibilidade, a sensibilidade e o esforço em entender as necessidades do usuário conforme citado em artigo publicado por Parasuraman e Berry e revisados em 1991 (SOUTO; NETO, 2017).

Pena *et al.* (2013, p. 1237), com base em quadro elaborado por Marshall e Murdoch em 2001 montaram um quadro que esquematiza as reestruturações realizadas por Parasuraman, Zeithaml e Berry nas dimensões do modelo SERVQUAL.

Quadro 2 – Comparativo do modelo original e modelo reestruturado de Parasuraman, Zeithaml e Berry

(continua)

Modelo original	Modelo reestruturado	Descrição
Tangibilidade	Tangibilidade	Aspectos físicos do que é fornecido aos usuários
Confiabilidade	Confiabilidade	Habilidade de cumprir o que foi prometido com exatidão
Responsividade	Responsividade	Capacidade para atender os usuários e fornecer o serviço prontamente, capturando a noção de flexibilidade e habilidade para adaptar o serviço às necessidades do usuário
Competência Cortesia Credibilidade Segurança	Garantia	Competência e cortesia estendida aos usuários e a segurança fornecida através das operações

Quadro 2 – Comparativo do modelo original e modelo reestruturado de Parasuraman, Zeithaml e Berry

(conclusão)		
Acesso Comunicação Compreendendo o usuário	Empatia	Atenção individualizada aos usuários.

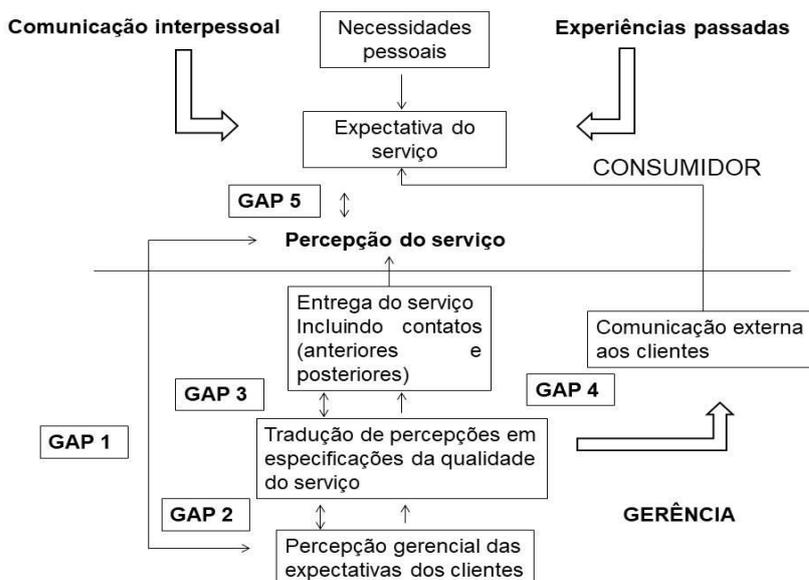
Fonte: Pena *et al.* (2013, p. 1237).

As análises demonstraram que existe um conjunto de discrepâncias-chave, denominadas por Parasuraman *et al.* (1985, 1991) como gaps, os quais consistem nas diferenças entre as expectativas dos usuários e o serviço que realmente é oferecido.

O gap exerce tripla função. Além de, como já mencionado, representar a diferença entre a expectativa e a percepção de desempenho, é também uma medida de satisfação do cliente e da qualidade do serviço em uma dimensão específica. "Essas dimensões da qualidade seriam características genéricas do serviço, subdivididas em itens, que somadas resultariam no serviço como um todo, sob o ponto de vista do cliente que irá julgá-lo (MIGUEL; SALOMI, 2004, p. 15).

A Figura 1, a seguir, traz uma representação gráfica dos gaps :

Figura 1 – Representação gráfica dos Gaps de acordo com Parasuraman *et al.*



Fonte: Miguel e Salomi (2004, p. 16).

Cada gap, de um total de cinco, representa uma discrepância ou falha no serviço. O gap 1, representativo da discrepância entre a expectativa do cliente e a percepção gerencial, tem como falha o desconhecimento do que os usuários esperam receber. O gap 2, que demonstra a "discrepância entre a percepção gerencial sobre as expectativas dos clientes com as especificações da qualidade dos serviços" (MIGUEL; SALOMI, 2004, p. 16) ocorre quando o projeto de serviço não segue os padrões estabelecidos.

O gap 3 "exprime a discrepância entre os padrões e especificações da empresa e o que é realmente fornecido ao cliente" (MIGUEL; SALOMI, 2004, p. 16). O gap 4 demonstra a discrepância do que é propagandeado pelos meios de comunicação e o que é ofertado, ou seja, não casar desempenho com promessas (PENA *et al.*, 2013). O gap 5 é estabelecido em função dos quatro gaps anteriores, sendo expressado pela função em que $Gap\ 5 = f [gap\ 1, gap\ 2, gap\ 3, gap\ 4]$.

Buscando operacionalizar estes conceitos, Parasuraman *et al.* (1988) elaboraram uma escala psicométrica das dimensões de qualidade, com o auxílio do Marketing Science Institute (MSI). A escala, que recebeu o nome *Service Quality* (SERVQUAL) teve por finalidade proporcionar um instrumento para auferir a qualidade funcional, de modo que fosse aplicável a diversas espécies de serviços.

O instrumento SERVQUAL encontra-se dividido em duas seções que totalizam quarenta e quatro questões. A primeira seção contém vinte e duas afirmações a respeito das expectativas do usuário quanto ao serviço. A segunda seção contém as mesmas vinte e duas questões direcionadas à percepção do usuário a respeito do serviço efetivamente prestado (PENA *et al.*, 2013).

Assim, ao responder ao instrumento, cada atributo recebe duas notas do usuário, uma correspondendo às expectativas e a outra que reflete as percepções do serviço que foi entregue pelas instituições. As pontuações, que utilizam uma escala Likert de sete pontos, variam entre discordo totalmente (um) e concordo totalmente (sete). As diferenças entre os escores de expectativa e percepção podem ser utilizadas como base para melhorar a qualidade dos serviços ofertados (PARASURAMAN *et al.*, 1988).

2.3.2 SERVPERF – Um modelo crítico ao SERVQUAL

O modelo elaborado por Parasuraman, Zeithalm e Berry, embora inovador, não se mostrou imune a críticas. Cronin e Taylor (1992), os quais apresentavam divergências conceituais de Parasuraman, Zeithalm e Berry, desenvolveram um modelo fundamentado unicamente na percepção de desempenho, sem considerar a expectativa. Os autores consideram que a qualidade deve ser conceituada mais como uma atitude do cliente, e criticaram a utilização do modelo de satisfação de Oliver (o qual baseou o modelo SERVQUAL) e a utilização das diferenças entre expectativa e desempenho.

Assim, como alternativa à escala SERVQUAL, surgiu a escala SERVPERF. Esta escala também consiste nos vinte e dois itens representando as cinco dimensões, como dispostos na escala SERVQUAL, uma vez que os autores consideraram que estavam bem embasados teoricamente. Cronin e Taylor (1992) aplicaram esta escala para testar os itens a seguir:

1. Uma medida de qualidade em serviço SERVPERF não ponderada é mais apropriada para a medição da qualidade em serviço que o instrumento SERVQUAL, SERVQUAL ponderado, ou SERVPERF ponderado.
2. Satisfação do cliente é um antecedente da qualidade perceptível de serviço.
3. Satisfação do cliente tem um impacto significativo nas intenções de recompra.
4. Qualidade perceptível de serviço tem um impacto significativo nas intenções de recompra (SALOMI; MIGUEL; ABACKERLI, 2005, p. 283).

Cronin e Taylor (1992) consideram que o instrumento SERVPERF retrata de forma mais sensível as variações de qualidade em relação à outras escalas. Miguel e Salomi (2004, p. 25) explicam que os criadores do instrumento SERVPERF consideram que

como a qualidade dos serviços é antecedente à satisfação do cliente, e como a satisfação do cliente tem uma forte relação na intenção de recompra, ações administrativas deveriam considerar programas de satisfação de clientes baseados em estratégias de qualidade de serviços. Saliendam ainda que o maior problema na literatura é a hesitação em identificar claramente a qualidade perceptível dos serviços como uma atitude de recompra e a condução das pesquisas sobre qualidade de serviço não ser consistente com a literatura sobre satisfação e atitude.

Assim, Cronin e Taylor (1992) montaram um modelo de avaliação que eliminasse o paradigma da desconfirmação (quando a percepção confirma/desconfirma a expectativa) utilizado no modelo SERVQUAL. Assim, as mesmas vinte e duas questões presentes na segunda fase do SERVQUAL compõem a totalidade do SERVPERF. Jayasundra et al (2009) criticam este modelo por sua preocupação com a solidez psicométrica e com as metodologias de escalas. Além disso, as medidas de ambos os modelos (SERVQUAL e SERVPERF) são estáticas. Isso significa que os modelos não levam em consideração a história do serviço e não captam a dinâmica da expectativa de mudança.

2.3.3 Outros modelos para avaliação de qualidade

Os modelos SERVQUAL e SERVPERF não são os únicos modelos de avaliação de qualidade. Picolo e Tontini (2008), por considerarem os métodos mencionados como lineares, enquanto a satisfação geral do cliente se relaciona de maneira não linear com os diversos atributos de um serviço, preferem se utilizar do método de Contraste e Penalidade da Recompensa (PRC). Os autores consideram que este método aumenta a confiabilidade da análise por não pressupor uma linearidade.

Nesta metodologia, são calculados dois coeficientes. O coeficiente negativo referencia a penalidade e o positivo referencia a recompensa de cada atributo. Esta é considerada uma vantagem em relação aos métodos lineares que consideram um único coeficiente por atributo.

O método PRC é baseado na recodificação da satisfação com cada atributo em duas variáveis Dummy. Segundo Picolo e Tontini (2008, p. 42):

a satisfação com o atributo individual é recodificada em duas variáveis dummy. Quando a satisfação com o atributo está acima de determinado valor de referência, a variável dummy de recompensa (X_{1pos}) é maior que zero e a variável dummy de penalidade (X_{1neg}) é igual a zero. Se a satisfação com o atributo for abaixo da referência, a variável dummy de penalidade (X_{1neg}) é menor que zero e X_{1pos} é igual a zero. E quando a satisfação é igual à referência, X_{1pos} e X_{1neg} são iguais a zero. Desse modo, obtêm-se dois coeficientes de regressão para uma única variável independente: um coeficiente quando satisfação com o atributo for menor e outro, quando for maior do que o valor referencial determinado.

Outro modelo, o qual inclusive antecede o modelo SERVQUAL na linha do tempo, é proposto por Grönroos em 1984. Este modelo "considera a qualidade percebida de um serviço como função do serviço esperado e do serviço percebido, incluindo um terceiro fator, chamado de imagem da empresa" (MIGUEL, SALOMI, 2004, p. 14).

Este modelo divide em duas dimensões a percepção do usuário do serviço: a qualidade técnica e a qualidade funcional. Qualidade técnica é a dimensão daquilo que é recebido durante a aquisição de um serviço. A qualidade funcional diz respeito à observação subjetiva, influenciada pela maneira da prestação de serviço e pelo contato com o prestador de serviço. Neste modelo "A imagem da empresa seria construída, principalmente, pelas qualidades técnicas e funcionais, além de outros fatores menos influentes, tais como reputação, informações de terceiros, propaganda, preço e relações públicas" (MIGUEL, SALOMI, 2004, p. 15).

O método de avaliação proposto por Bolton e Drew (1991) leva em consideração o valor a ser pago pelo serviço no comportamento do cliente. Miguel, Salomi (2004, p. 22) explicam que este é um

modelo mais elaborado segundo o qual as expectativas, desempenho percebido e a não confirmação das expectativas são antecedentes da satisfação do cliente, sendo esta satisfação um dos fatores que afetam a percepção da qualidade do serviço. Um outro fator influente na percepção da qualidade do serviço é a própria não-confirmação das expectativas.

Neste modelo, o valor do serviço é uma função que envolve a qualidade do próprio serviço, os sacrifícios envolvidos na sua aquisição e as características dos clientes. Para Bolton e Drew (1991), a variável sacrifício engloba não somente os custos monetários mas também os custos não monetários associados à utilização do serviço.

O modelo desenvolvido por Dabholkar, Thorpe e Rentz (1996) utilizou-se de uma triangulação de técnicas de investigação associada à análise dos vinte e dois itens da SERVQUAL. A proposta resultante visa mensurar a qualidade do serviço no varejo através de cinco dimensões centrais: os aspectos físicos, a viabilidade, a interação pessoal, a resolução de problemas e a política.

Neste modelo, os aspectos físicos tem um significado mais amplo do que na SERVQUAL, tendo relação com o ambiente físico da loja e englobando limpeza,

layout e equipamentos. É subdividida em apresentação e conveniência. A viabilidade se assemelha à confiabilidade do modelo SERVQUAL. É relacionada às promessas feitas, à disponibilidade de produtos e à correta realização de tarefas. Subdivide-se em promessa e fazer o certo (BRAGA JÚNIOR *et al.*, 2014).

A dimensão da interação pessoal é a que abrange o tratamento dado ao cliente pelos funcionários, subdividida em inspirar confiança e cortesia. A dimensão da resolução de problemas é atinente ao tratamento dispensado aos problemas, tais quais reclamações e devoluções de produtos. É uma parte crítica do serviço. Por fim, a política é a dimensão que avalia as práticas e políticas relativas à horários, formas de pagamento e oferecimentos de conveniências, à satisfação de outras necessidades dos consumidores (BRAGA JÚNIOR *et al.*, 2014).

Lopes, Hernandez e Nohara (2009) explicam que a escala SERVQUAL de Parasuraman, Zeithalm e Berry foi, durante muitos anos, a principal escala de mensuração da qualidade de serviços. Esta escala é severamente criticada, pois há pesquisadores que acreditam que a qualidade percebida é suficiente para explicar tanto o desempenho do prestador de serviços quanto à satisfação do consumidor (CRONIN; TAYLOR, 1992). Outra crítica realizada à SERVQUAL é oriunda do entendimento de que a escala mensura os atributos de maneira vetorial, o que significa que o atributo da expectativa do consumidor tenderia ao infinito (SOUTO; NETO 2017).

A despeito destas críticas, boa parte da literatura, a exemplo de Hughey, Chawla e Khan (2003) concordam que a SERVQUAL é a ferramenta mais tradicional devido à sua confiabilidade.

2.3.4 Reflexões a respeito dos modelos de avaliação nos serviços de saúde

Especificamente no que diz respeito à avaliação de qualidade dos serviços de saúde, os estudos realizados na literatura internacional são profícuos. O estudo de Bowers *et al.* (1994) avaliou os atributos que influenciam a satisfação no ambiente hospitalar. Este estudo evidenciou que as dimensões do modelo SERVQUAL encontravam-se presentes, mas não sozinhas. Observaram que aspectos como o cuidado e a atenção das equipes médicas e de enfermagem e as consequências do serviço também figuraram entre os itens identificados pelos usuários. A importância dos itens relacionados ao comportamento humano ficou evidente como parte

fundamental da gestão. Estes itens devem receber melhorias enfáticas e a análise deste desempenho deve fazer parte da atividade gerencial.

O estudo realizado por Lytle e Mokwa (1992) subdividiu os serviços prestados por hospitais em três grupos. Tontini *et al.* (2013, p. 582) resumiram este estudo didaticamente da seguinte forma:

O primeiro deles são os considerados tangíveis, ou seja, aqueles por meio dos quais acontece a prestação do serviço, tais como a localização, a aparência física das instalações, a aparência do pessoal envolvido na prestação do serviço e a decoração. O segundo grupo de benefícios são os considerados intangíveis, ou seja, aqueles que mensuram a interação entre o cliente e os profissionais que prestam o serviço e envolvem a confiabilidade, a empatia, a presteza e a capacitação dos profissionais. No terceiro, está a razão principal da busca pelo serviço, ou seja, a cura da doença, que corresponde à questão fundamental para o cliente.

Einlofft (2004) analisou a satisfação dos familiares de crianças atendidas em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital pediátrico. Os entrevistados apontaram como atributos de grande importância o conforto das instalações e a agilidade no atendimento da equipe de enfermagem. Por outro lado, esta pesquisa apontou que o cumprimento de horários das informações médicas, o número de funcionários, a agilidade do atendimento médico, a limpeza do ambiente, a flexibilidade do atendimento da equipe de enfermagem e o atendimento aos acompanhantes poderiam melhorar.

Nesse sentido, os estudos demonstram que é necessário adaptar os instrumentos existentes à realidade dos serviços de saúde para um diagnóstico mais preciso. Estes instrumentos de avaliação são importantes para que os gestores possam planejar melhorias de maneira mais certa.

Assim, este capítulo apresentou o referencial teórico desta dissertação, apresentando estudos relevantes na área, abordando a gestão hospitalar e a qualidade dos serviços de saúde. Por fim apresentou-se os meios de avaliação da qualidade dos serviços, com os modelos possíveis de avaliação. No próximo capítulo será abordada a metodologia deste estudo.

3 MÉTODO

Este capítulo tem por objetivo delimitar e explicar os procedimentos metodológicos utilizados nesta pesquisa. Apresenta-se a abordagem metodológica, o tipo de pesquisa, os procedimentos adotados, a maneira como foram produzidos os dados e analisados, e as questões éticas.

3.1 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. As pesquisas de campo são desenvolvidas em cenários naturais e procuram examinar em profundidade as práticas, comportamentos, crenças e atitudes das pessoas ou grupos na vida real, compreendendo um problema ou situação, com a possibilidade de aproximação com o evento e pela possibilidade de se criar conhecimento através da realidade. A abordagem qualitativa se aplica no estudo da história, das relações, representações, percepções, opiniões, de como os humanos vivem, sentem e pensam. Este tipo de abordagem entende o indivíduo como ser único, com seus valores e significados (MINAYO, 2007).

Para Godoy (1995, p. 58) a pesquisa qualitativa envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo.

Segundo Yin (2015), o estudo de caso, que será utilizado nesta pesquisa, surge do desejo de entender fenômenos sociais complexos e é usado em muitas situações para contribuir para o conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados.

3.2 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA E A UNIDADE DE ANÁLISE

O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) trata-se de uma autarquia federal, registrado como hospital geral no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). É um centro de ensino, pesquisa, extensão e assistência em

saúde como marcas desde sua fundação em 1970. A construção do HUSM no campus da UFSM foi concluída em 1982. A partir da década de 90, com a criação do SUS, o hospital passou a assumir, cada vez mais, papel assistencial como prestador de serviços para o SUS. Em dezembro de 2013, a Universidade Federal de Santa Maria firmou um contrato de gestão com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). O HUSM ocupa atualmente uma área física construída de 30 mil m², distante 9 km do centro da cidade. O HUSM destaca-se como o maior hospital público, de nível terciário, e com o único pronto socorro a atender exclusivamente pelo SUS no interior do Estado. Trata-se de referência para uma população de 1,2 milhão de habitantes, de 45 municípios da Região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul. Tem por finalidade a formação profissional, desenvolvendo o ensino, a pesquisa e a extensão por meio da assistência à saúde da comunidade.

O HUSM é um hospital federal de ensino, credenciado por Portaria Interministerial MEC/MS, sendo um campo de prática para diversos cursos da Universidade Federal de Santa Maria. Atualmente possui 370 leitos cadastrados no SUS, com um total de 1890 profissionais, sendo 915 do Regime Jurídico Único, 895 concursados pela EBSEH e 80 por processo seletivo emergencial. Atende uma média de 1.198 internações por mês, correspondendo a uma taxa de ocupação superior a 91% (HUSM - UFSM, 2021).

O campo de estudo foi a UTINEONATAL do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), localizado na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul. O HUSM trata-se de uma instituição pública, federal, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Criado em 1970, constitui-se, atualmente, em um centro de referência secundária e terciária da região centro-oeste do estado, abrangendo 46 municípios. O hospital possui 374 leitos em funcionamento distribuídos nos diversos serviços e especialidades médicas¹. Por ser um hospital escola conta com a atuação de docentes e acadêmicos de diversas áreas da saúde, como Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Farmácia e Psicologia, entre outras.

O local da coleta de dados foi a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do HUSM. A UTINEO tem a finalidade de prestar a assistência a recém-nascidos críticos com até 28 dias de vida, incluindo malformações, pós-operatórios ou ainda bebês que, inesperadamente, passam por alguma dificuldade. É referência para

¹ Conforme informações obtidas no Centro de Recursos Humanos do Hospital Universitário de Santa Maria – Rio Grande do Sul.

região central do Estado, conta com equipe multiprofissional especializada para prestar assistência integral à saúde do RN e sua família. Situa-se no terceiro andar do complexo de UTI's do hospital com funcionamento 24 horas por dia de forma ininterrupta. A equipe é composta por 21 enfermeiros assistenciais, 40 técnicos de enfermagem, 3 médicos rotineiros, 15 médicos plantonistas, 5 fisioterapeutas, 2 fonoaudiólogas, 1 psicóloga, 1 assistente social e 1 nutricionista.

O serviço é constituído por 10 leitos de alto risco e 10 leitos de cuidados intermediários e canguru. A estrutura física possui duas salas de prescrição médica, expurgo, sala de limpeza de materiais, salas de descanso médico e de enfermagem, sala de lanche, sala de espera para pais, sala para armazenamento de materiais, três salas para internação de pacientes críticos, uma sala de cuidados intermediários, uma sala para internação canguru e duas salas de isolamento com ante-sala.

Segundo o serviço de estatística da instituição, no ano de 2021, o serviço de UTI NEONATAL realizou 527 internações, uma média de 43,9 pacientes por mês, com uma taxa de ocupação de 146,3%, demonstrando a grande demanda atendida. Dentre as patologias que acometeram esses pacientes destaca-se a Prematuridade (64,9%), Imaturidade Extrema (17,45%), Síndrome da Angústia Respiratória (35,4%), Icterícia Neonatal (5,7%) e Malformações congênitas (13,8%).

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os sujeitos desta pesquisa foram pais de recém nascidos que já tiveram bebês internados neste serviço e servidores com mais de um ano de atuação no setor. Os pais, participantes da pesquisa, foram os que internaram neste serviço nos anos de 2020 e 2021, por período maior que 10 dias de hospitalização. Foram convidados aqueles que atenderam aos critérios de inclusão do estudo que foram: ser adulto, com idade igual ou superior a 18 anos, apresentar capacidade de compreensão e de comunicação verbal, aceitar ter a entrevista gravada em áudio e estar fazendo acompanhamento ambulatorial no HUSM, no ambulatório de prematuridade. Assim, as entrevistas foram realizadas no próprio hospital, em sala privativa, previamente agendadas via telefone, antes ou após as consultas agendadas, respeitando a situação epidemiológica vigente.

O número de familiares participantes foi de 17 pessoas, definido por meio do critério de saturação dos dados, no qual diz que esse número pode ser alterado para mais ou para menos, desde que quando os dados passam a ser redundantes, não há mais a necessidade de persistir na coleta de novos dados (FONTANELLA; RICAS, TURATO, 2008).

Além dos pais, foram entrevistados os profissionais que atuam neste serviço, entre os quais pode-se citar: médicos, equipe de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, secretaria e equipe de higienização. Os critérios para seleção destes profissionais foram: estar atuando neste serviço há mais de um ano e aceitar ter a entrevista gravada em áudio. Foram convidados um total de 11 profissionais, sendo dois médicos, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, duas fisioterapeutas, uma fonoaudióloga, um secretário e uma da equipe de higienização, com o objetivo de dar voz a todas as classes profissionais envolvidos neste serviço. Ressalta-se que nenhum profissional se negou a participar da pesquisa. As entrevistas foram realizadas no próprio hospital, em sala privativa, previamente agendadas, respeitando a situação epidemiológica vigente.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

De acordo com os objetivos do estudo, considerou-se adequado utilizar como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada, com roteiro previamente elaborado, baseada no modelo SERVPERF. Acredita-se que a entrevista baseada no modelo SERVPERF seja a mais adequada para este estudo tendo em vista que engloba a problemática da qualidade do serviço, o qual busca alcançar a excelência, na expectativa dos clientes em relação à determinado serviço. Desta forma o modelo proposto considera cinco Dimensões da Qualidade estabelecidas Parasuraman *et al.* (1988), adaptadas para a avaliação de serviços hospitalares, apresentadas no instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A e APÊNDICE B):

- Tangibilidade: refere-se a aparência de qualquer evidência física do serviço hospitalar, limpeza, vestimenta dos funcionários, atualização e inovação de equipamentos e facilidade no acesso as instalações;
- Confiabilidade: diz respeito sobre o conhecimento técnico, habilidade para executar um serviço de forma confiável, precisa e consistente de forma segura e correta;

- Presteza: disposição de prestar serviços hospitalares prontamente e auxiliar os usuários do serviço, caracteriza-se por agilidade, eficiência, resolubilidade, atenção personalizada e cortesia dos funcionários;
- Segurança: capacidade de atendimento, conhecimento e capacidade de inspirar confiança;
- Empatia: fornecimento de atenção individualizada que busca atender as necessidades específicas dos usuários, como acesso sinalizado e amplo horário de atendimento.

Assim, utilizou-se dois roteiros de entrevista distintos, um para familiares e outro para profissionais, respeitando as dimensões apresentadas anteriormente (APÊNDICE A e APÊNDICE B):

ROTEIRO FAMILIARES : Perfil socio demográfico e questões relacionadas as dimensões de qualidade baseadas no modelo SERVPERF, tais como tangibilidade (aborda questões sobre equipamentos utilizados, instalações físicas, salas de internação de bebês, uniformes dos funcionários, materiais informativos recebidos, condições de higiene e limpeza), confiabilidade (cumprimento de prazos estabelecidos, resolutividade dos problemas, confiança na equipe, solução de dúvidas), presteza (disponibilidade e preocupação dos funcionários com as demandas), segurança (sentir-se seguro em relação as informações recebidas e uso do serviço, educação e conhecimento dos servidores) e empatia (individualidade do cuidado prestado, horários flexíveis);

ROTEIRO SERVIDORES : perguntas referentes à caracterização do servidor, qualidade das variáveis estruturais do serviço (realização profissional e reconhecimento, carga de trabalho, treinamentos e capacitações), entendimento das variáveis do serviço (disponibilidade de equipamentos e materiais diversos, estrutura física para recepção de familiares, capacidade de atendimento, bem como rotina do serviço e experiência acumulada) e variáveis do processo na interação família/chefia imediata e equipe.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

As entrevistas foram presenciais, gravadas em áudio digital com objetivo de garantir fidedignidade às falas dos entrevistados. A entrevista foi composta por duas

partes, sendo a primeira relacionada ao perfil socio demográfico dos entrevistados e a segunda com questões relacionadas aos objetivos do estudo.

Posterior a aprovação nos órgãos competentes, ocorreu o início das coletas de dados, nos meses de janeiro, fevereiro e março, conforme a disponibilidade dos participantes. Caso houvesse o interesse dos participantes, estes teriam acesso a sua entrevista depois de transcrita, visando à certificação da ausência de distorções nas informações prestadas, porém nenhum participante requereu tal direito até o momento.

Primeiramente foram realizadas as entrevistas com os servidores, um total de 11 pessoas. Foram convidados dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, dois fisioterapeutas, dois médicos, uma fonoaudióloga e dois terceirizados, aleatoriamente. As entrevistas foram realizadas em sala privativa da UTI, fora do horário de trabalho, com duração média de 40 minutos, previamente agendada com os participantes. Os familiares, totalizando 17 pessoas, também foram realizadas em salas privativas porém no ambulatório de segmento, com duração média de 20 minutos. Os familiares foram abordados, de acordo com os critérios de inclusão no estudo, no dia da consulta, aleatoriamente. Ressalta-se que foram seguidas as medidas de segurança e proteção, respeitando a situação epidemiológica vigente.

3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Nesta etapa do estudo buscou-se a teorização dos dados para produção da abordagem teórica do objeto investigado. O tratamento do material produzido nas entrevistas foi analisado por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Minayo (1994). Esta etapa é composta pela ordenação, classificação e análise propriamente dita.

A análise dos dados produzidos trata-se do processo de formação de sentido para além dos dados, consolidando, limitando e interpretando o que as pessoas disseram e o que foi identificado pelo pesquisador, formando significados. Tais significados permeiam a constatação de um estudo. Assim, entende-se a análise de conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, (...) a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 1979, p. 42).

Esta técnica de análise permitiu identificar conteúdos significativos das

informações obtidas, analisando sistematicamente alguns temas, tais como: qualidade estrutural do serviço, compreensão do serviço, processo de interação família/chefias e equipe além dos temas identificados nas entrevistas com os familiares, que são: aspectos físicos e estruturais do serviço, confiabilidade no serviço, agilidade nas demandas do serviço, conhecimento e confiança nos servidores bem como individualidade do cuidado. Após a realização das entrevistas, gravadas em áudio, procedeu-se a transcrição fiel das falas dos entrevistados. Seguindo, ocorreu a leitura do material, com o objetivo de buscar e identificar temas recorrentes entre os entrevistados, definindo categorias de codificação a partir dos pressupostos teóricos elencados na revisão de literatura. Para isso, os temas mais recorrentes foram agrupados conforme semelhanças e significados, interpretando a problemática da pesquisa.

Ressalta-se que a identidade dos participantes da pesquisa foi preservada, pois os dados coletados, por meio das entrevistas, foram codificados, impossibilitando a identificação dos autores das informações. Assim, o primeiro participante foi identificado pela letra F de familiar, seguida do número da entrevista realizada (F1, F2, F3, e assim sucessivamente). Os profissionais, do mesmo modo, foram identificados pela letra P de profissional, seguida do número da entrevista realizada (P1, P2, P3, e assim sucessivamente).

3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Inicialmente o projeto foi apresentado à coordenação de área da UTINEO do Hospital Universitário de Santa Maria para fins de obter a autorização institucional e consequente registro na Direção de Ensino Pesquisa e Extensão (DEPE).

Após a aprovação da DEPE do HUSM, este projeto foi encaminhado para análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sendo aprovado sob parecer CAAE nº 50719821.1.0000.5346 (ANEXO 1).

Aos sujeitos da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C). Após a leitura do mesmo, o TCLE foi assinado pelo depoente e pelo pesquisador, ficando uma cópia com cada um.

Ressalta-se que em todas as etapas a pesquisa atenderá aos requisitos da Resolução nº 510/16 (BRASIL, 2016) relativos à ética na pesquisa com seres humanos, primando pela confidencialidade dos dados obtidos e respeito aos

participantes. Com o término da análise, os instrumentos serão mantidos com a pesquisadora durante o período de 5 (cinco) anos, sendo posteriormente destruídos.

Os riscos aos sujeitos participantes da pesquisa estão relacionados aqueles aos quais estariam expostos em uma conversa informal, como cansaço e despertar de emoções decorrentes do assunto sobre o qual estaremos tratando. Os benefícios não serão diretos a estes sujeitos, mas acredita-se, que os resultados do estudo contribuam para melhorar a qualidade da assistência prestada aos recém nascidos internados em UTINEO, o qual está ligado diretamente na produção de conhecimento acerca da temática dessa clientela, contribuindo tanto para a assistência a esses pacientes, quanto para os profissionais que convivem com eles.

4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DA UTINEONATAL DO HUSM

Este capítulo abordará os resultados e discussão obtidos por meio das entrevistas realizadas com os servidores e familiares da UTI NEONATAL, com a finalidade de responder aos objetivos dessa pesquisa. Inicialmente serão apresentadas as características dos entrevistados e após serão apresentados os dados empíricos com suas respectivas análises.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Na realização deste estudo obteve-se a participação total de 28 pessoas, sendo 11 servidores e 17 familiares. Para obter o perfil dos entrevistados, a seguir serão apresentados os dados da amostra, divididos em seções, de acordo com suas características.

4.1.1 Caracterização dos servidores

No que se refere aos servidores participantes do estudo, foram exibidas informações sobre sexo, idade, estado civil, profissão, vínculo, tempo de formação, tempo de trabalho na UTINEO e sobre quais entrevistados possuem cargo de chefia. O Quadro 3 apresenta estes dados:

Quadro 3 – Perfil demográfico dos servidores

(continua)

CARACTERÍSTICAS	DISTRIBUIÇÃO	
	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM (%)
	SEXO	
Feminino	10	90,9%
Masculino	1	9,1%
	IDADE	
21 a 30 anos	1	9,1%
31 a 40 anos	4	36,3%
41 a 50 anos	3	27,3%
51 a 60 anos	3	27,3%
	ESTADO CIVIL	
Casado	5	45,4%
Solteiro	4	36,2%
Separado	1	9,2%
União estável	1	9,2%

Quadro 3 – Perfil demográfico dos servidores

(conclusão)

PROFISSÃO		
Enfermeira	2	18,1%
Técnica de enfermagem	2	18,1%
Médica	2	18,1%
Fisioterapeuta	2	18,1%
Fonoaudióloga	1	9,2%
Secretário	1	9,2%
Higienização	1	9,2%
VÍNCULO		
RJU	4	36,4%
EBSERH	5	45,5%
Terceirizado	2	18,1%
TEMPO DE FORMAÇÃO		
Até 10 anos	4	36,4%
11 a 20 anos	4	36,4%
21 a 30 anos	2	18,1%
31 a 40 anos	1	9,1%
TEMPO DE TRABALHO NA UTINEO		
Menos de 5 anos	5	45,5%
6 a 10 anos	4	36,4%
21 a 30 anos	2	18,1%
CARGO DE CHEFIA		
Sim	2	18,1%
Não	9	81,9%

Fonte : Dados da pesquisa.

No que tange ao sexo dos servidores, constata-se predominância de mulheres na referida unidade, com percentual acima de 90%. Em estudo (SOUZA *et al.*, 2018) realizado sobre a qualidade de vida dos profissionais atuantes em setores críticos foi identificado um percentual superior a 70% do sexo feminino, o que corrobora com estudo de Soares *et al.* (2021) que demonstra um percentual de 68,8% no sexo feminino, o que deve-se ao fato da mulher possuir presença essencial no atual mercado de trabalho (KABAD, 2011).

Os resultados mostraram a predominância da faixa etária entre 31 a 40 anos, representando 36,3% dos servidores entrevistados, seguidos das faixas etárias entre 41 a 50 anos (27,3%) e de 51 a 60 anos (27,3%). Em estudo (SANTOS; CAMELO, 2015) que objetivou identificar o perfil do profissional enfermeiro que atua em UTI foi identificado que os trabalhadores apresentam idade inferior a 40 anos, o que demonstra uma população jovem e com perspectiva de ampliação de conhecimento científico e técnico de alta complexidade.

Sobre o estado civil dos servidores predominou os casados (45,4%), seguidos dos solteiros (36,2%), separados (9,2%) e união estável (9,2%). Em estudo de

Passos e Fiorini (2022), que buscou a percepção dos profissionais de um hospital universitário sobre ruídos, pode-se verificar que a maioria também é composta por mulheres casadas, com idade média de 38 anos, o que corrobora como perfil encontrado em estudos realizados no ambiente hospitalar, compatível com o fato de que grande parte das categorias profissionais na área da saúde é composta principalmente por mulheres casadas jovens.

No que se refere as profissões dos servidores entrevistados predominou a enfermagem, com 18,1% de enfermeiros e 18,1% de técnicos de enfermagem. Os demais profissionais eram médicos (18,1%), fisioterapeutas (18,1%), fonoaudiólogas (9,2%), secretário (9,2%) e higienização (9,2%). A UTINEONAL é um local que presta cuidados altamente complexos, identificado como espaço laboral para profissionais de grande aporte de conhecimento, habilidades e destreza para a realização de procedimentos (BITTENCOURT; GALVA; ROSA, 2010). O fortalecimento entre os membros da equipe multiprofissional é fator essencial para qualificação e segurança do cuidado prestado em ambiente de UTI (BARBOSA *et al.*, 2020).

Sobre o tipo de vínculo dos servidores entrevistados predominou os EBSE RH (45,5%), seguido dos RJU (36,4%) e terceirizados (18,1%). A migração dos hospitais universitários para um novo modo de gestão ocorreu em 2011 com a criação da EBSE RH, como uma resposta gerencial aos problemas de precarização, infraestrutura e falta de pessoal nos hospitais, face à estagnação do crescimento econômico e aos modos do governo de controlar e reduzir gastos públicos. Atualmente, a EBSE RH conta com cerca de 36.800 trabalhadores, além de mais de 22.000 servidores públicos (RJU) que já atuavam nos hospitais universitários antes da migração (PERSSON; FERLIE; BAEZA, 2021).

O tempo de trabalho predominante dos servidores entrevistados foi de até 20 anos, sendo 36,4% até 10 anos e 36,4% de 11 a 20 anos de trabalho. Já o tempo de trabalho em UTINEO, para maior parte dos entrevistados, é menor de 5 anos (45,5%), seguido dos trabalhadores que atuam em UTINEO de 6 a 10 anos (36,4%) e de 21 a 30 anos (18,1%). O tempo de atuação profissional na UTI, apesar de ser importante devido a experiência adquirida, torna-se um fator desgastante, tanto emocional, quanto físico, que pode prejudicar a qualidade da assistência. Estudo realizado em UTI de hospitais de alta complexidade demonstrou que quanto maior o tempo de formado, maior o estresse do profissional, apesar de adquirir maior

experiência e segurança técnica. Tal situação pode ser explanada pelas particularidades do serviço em UTI e o frequente convívio com a morte (BITTENCOURT; GAIVA; ROSA, 2010). Outro estudo (OLIVEIRA *et al.*, 2019) sobre a formação de enfermeiros para cuidados de pacientes críticos descreve que a maior parte dos enfermeiros (65%) tem aproximadamente uma década de trabalho, refletindo o baixo índice de rotatividade dos servidores, o que configura vasta experiência destes profissionais na área, pois é preciso reduzir a rotatividade para promover a capacidade de resiliência dos profissionais frente às peculiaridades da UTI.

4.1.2 Perfil demográfico dos familiares

No que se refere aos familiares participantes do estudo, apresenta-se informações sobre sexo, idade, estado civil, profissão, cidade em que reside, raça, número de filhos, se já teve filho internado em UTINEO e quantos dias o filho permaneceu internado nesta UTI. O Quadro 4 apresenta estes dados :

Quadro 4 – Perfil demográfico dos familiares

(continua)

CARACTERÍSTICAS	DISTRIBUIÇÃO	
	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM (%)
SEXO		
Feminino	16	94%
Masculino	1	6%
IDADE		
21 a 30 anos	10	58,8%
31 a 40 anos	6	35,2%
41 a 50 anos	1	6%%
ESTADO CIVIL		
Casado	5	29,5%
Solteiro	9	53%
União estável	3	17,5%
PROFISSÃO		
Professora	4	23,5%
Do lar	5	29,5%
Agricultora	1	6%
Técnica de enfermagem	1	6%
Funcionário público	2	11%
Doméstica	1	6%
Contadora	1	6%
Estudante	1	6%
Atendente de padaria	1	6%
CIDADE EM QUE RESIDE		
Santa Maria	9	53%

Quadro 4 – Perfil demográfico dos familiares

(conclusão)		
Mata	1	6%
São Sepé	2	11%
São Pedro do Sul	1	6%
Agudo	1	6%
Jaguari	1	6%
Rosário do Sul	1	6%
Bossoroca	1	6%
RAÇA		
Braca	14	82%
Negra	2	12%
Parda	1	6%
NÚMERO DE FILHOS		
1	9	53,5%
2	1	6%
3	5	29,5%
4	2	11%
JÁ TEVE FILHO INTERNADO EM UTINEO		
Sim	3	18%
Não	14	82%
DIAS DE PERMANÊNCIA DO FILHO NA UTINEO		
Menos de 30 dias	2	12%
31 a 60 dias	5	29,5%
61 a 90 dias	4	23,5%
Mais de 91 dias+	6	35%

Fonte : Dados da pesquisa.

No que se refere ao sexo dos familiares entrevistados prevaleceu o sexo feminino com 94%. Em estudo (SILVA *et al.*, 2021) sobre a percepção da família quanto aos cuidados de enfermagem em uma UTINEONATAL, foram entrevistados 10 familiares, sendo sete mães e três pais, o que corrobora com os dados encontrados neste estudo, sobre a prevalência da mulher no cuidado ao filho. Além disso, mesmo os pais tendo livre acesso às UTI's acabam não permanecendo no hospital durante o dia ou por longos períodos, pois além da necessidade de trabalhar, as demandas relacionadas à amamentação e desenvolvimento do método canguru estão diretamente relacionadas às mães (BRAGHETO; JACOB, 2011).

A faixa etária predominante foi de 21 a 30 anos (58,8%), seguida das pessoas com 31 a 40 anos (35,2%) e 41 a 50 anos (6%). Dados semelhantes foram encontrados em estudo (PILGER *et al.*, 2022) sobre a vivência de mães de bebês prematuros após a internação em uma UTI NEO na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, as quais tinham entre 17 e 43 anos, caracterizando assim mulheres adultas jovens.

Sobre o estado civil em sua maioria eram solteiras (53%), seguidas dos casados (29,5%) e união estável (17,5%). A raça da maior parte dos entrevistados foi branca (82%) seguida dos negros (12%) e pardos (6%). Em estudo (MAZZETTI et al, 2022) que avaliou o impacto da prematuridade relacionados ao recém nascido e às características maternas as mães também eram predominantemente brancas (61%), porém a maior parte eram casadas (36%), seguidas das solteiras (25%) e união estável (33%).

A profissão de grande parte dos familiares era do lar (29,5%), seguida de professora (23,5%) e funcionários públicos (11%). Houveram outras profissões como agricultoras, técnicas de enfermagem, domésticas, contadoras, estudante e atendente de padaria. Estudo (COSTA; ARANTES; BRITO, 2010) sobre sentimentos de mães de recém nascidos em UTI NEONATAL identificou que quanto a ocupação, 60% eram do lar e 40% trabalhavam com vínculo empregatício. A baixa escolaridade e situação socioeconômica são diretamente correlacionadas com pior acesso à informação e menor capacidade de entendimento de recomendações médicas, hábitos, vícios e pior acesso ao pré-natal, contribuindo para aumento no quantitativo de internações em UTI NEONATAL (FUCHS *et al.*, 2018).

A procedência da maior parte dos familiares era Santa Maria (53%), seguida por São Sepe (11%) e outras cidades como Mata, São Pedro do Sul, Agudo, Jaguarí, Rosário do Sul e Bossoroca. O HUSM é referência para uma população de 1,2 milhão de habitantes, de 45 municípios da Região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul, o que justifica os dados encontrados neste estudo (HUSM - UFSM, 2021).

O número de filhos dos familiares participantes dessa pesquisa variou de um a quatro, predominando um filho (53,5%), três filhos (29,5%), quatro filhos (11%) e dois filhos (6%). Para Mazzetti *et al.* (2022) não existe relevância estatística quanto ao número prévio de gestações e o risco de parto prematuro, porém ocorreu concordância entre o fato de que a história prévia de parto prematuro seja fator de risco para um novo acontecimento. Sobre o fato de já ter tido filho internado apenas 18% dos familiares participantes deste estudo responderam que sim e 82% tiveram apenas uma experiência de ter um filho internado em UTINEO.

Os dias de permanência do filho em UTINEO variou de menos de 30 dias à mais de 91 dias, sendo majoritariamente mais de 91 dias (35%), seguidos de 31 a 60 dias (29,5%), 61 a 90 dias (23,5%) e menos de 30 dias (12%). Em estudo (PEREIRA *et al.*, 2022), sobre as infecções relacionadas à assistência de recém

nascidos de uma UTI NEONATAL, foi identificado que a maioria dos recém nascidos permaneceu mais de 30 dias internado (66,7%), o que corrobora com os dados encontrados neste estudo. Outro estudo (SEVERO *et al.*, 2021) sobre as reações psicológicas frente à internação de recém nascido em UTI mostrou que o tempo de hospitalização variou entre 10 e 150 dias, com uma média de 58 dias.

4.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO PARA OS SERVIDORES

A avaliação da qualidade do serviço em saúde, como forma de gerir os serviços públicos, busca o contexto no qual o serviço está inserido e como seus usuários se comportam. Neste contexto, poderá ocorrer generalização que modifique o processo de avaliação. Realizar a avaliação de qualquer atividade em saúde significa comparar o que ocorre na prática com o que é considerado a melhor intervenção possível, confrontando o que está sendo realizado cotidianamente com o que deveria ser feito (COSTA *et al.*, 2021).

Para avaliar a qualidade do serviço da UTINEONATAL levou-se em consideração a preocupação com a satisfação dos servidores. Bem como a necessidade de incorporar ações e avaliação de qualidade baseada na expectativa do servidor. Assim, a avaliação deste serviço para os servidores entrevistados neste estudo permitiu a identificação de conteúdos significativos por meio das informações obtidas, como: qualidade estrutural do serviço, compreensão do serviço, processo de interação família/chefias e equipe.

4.2.1 Qualidade estrutural do serviço

Os aspectos tangíveis da avaliação da qualidade do serviço, por meio do modelo proposto diz respeito às evidências físicas do serviço, tais como instalações, aparência do pessoal, ferramentas, equipamentos utilizados no serviço e representação física do serviço (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985). Nesse aspecto, os servidores afirmam que:

“A gente tem acesso a todos os equipamentos. (...) Eu acho que falta uma estrutura pra ficar mais aconchegante, pra ser uma sala (espera) que convide os pais a permanecer ali, (...) vejo um sala muito informal, sem um atrativo, sem algo que chame os pais pra ficarem ali. As salas têm espaço físico bom (...) ficaram várias salas, com uma disposição boa dos materiais

e não deixa nada a desejar” (P1 – fisioterapeuta).

“a estrutura nova tem muito potencial. Os pais tem espaço para guardar as coisas, onde sentar, banheiros (...) falta um pouco de entretenimento, mas tirando isto acho adequado. (...) O espaço físico é muito bom” (P2 – enfermeira).

“a gente tem uma sala de espera mas poderíamos colocar mais informação para os pais, até das coisas que acontecem dentro da UTI. Poderíamos ter uma sala de espera mais informativa. (...) A gente tem cadeiras que os pais esperam para entrar e ver os nenês, não temos nem a distração e nem a informação. Acho que deveríamos ter uma sala de espera mais informativa, talvez facilitasse até o nosso tratamento e atendimento dos pais na UTI” (P3 – médica).

Os servidores entrevistados acima afirmam que a estrutura física, principalmente da sala de espera dos familiares é muito boa, possui cadeiras, armários privativos, ar condicionado, banheiros e bebedouro. No entanto ressaltam algumas características que poderiam ser melhoradas, como algo de entretenimento, materiais explicativos, depoimentos e ilustrações.

A estrutura física e visual é um ponto de destaque da qualidade a qual transmite uma imagem positiva. Os aspectos tangíveis do serviço, condições de instalações físicas estão diretamente relacionados à percepção de qualidade (SORIANO *et al.*, 2018).

“melhorou bastante, os pais têm um ambiente com cadeiras, bebedouro, poltronas específicas. Não tem muitos materiais, agora a gente está começando a ter materiais e folders específicos. Mas, a sala não tem uma televisão, que eles possam sentar, que eles possam fazer outras coisas ali a não ser sentar e esperar, mas já melhorou bastante” (P5 – enfermeira).

“A sala de espera em si eu acho ela tem ar-condicionado, é uma sala de espera boa” (P6 – secretário).

“Eu acho que poderia ter mais conforto na sala, de repente mais alguns depoimentos, ilustrações de casos que a gente já teve, afim de confortar os pais” (P10 – técnica de enfermagem).

A sala de espera pode ser um local educativo, que auxilie no tratamento da saúde. Para Teixeira e Veloso (2006), a sala de espera possui habilidades para a educação em saúde, por meio de vivências e realidades, compartilhando saberes que possam influenciar a construção da prevenção de agravos e melhores condições de intervenção.

No que se refere aos equipamentos, os servidores afirmam que:

“Talvez essa seja uma das UTI’s mais bem equipadas do Estado. A gente está em uma fase muito boa de equipamentos, de oferta de equipamentos. Melhorou muito essa transição da UTI nova” (P3 – médica).

“Cursos de capacitação, de aperfeiçoamento, muitas vezes, pelo estresse do trabalho, alta demanda, a gente não consegue participar muito, mas normalmente elas se enquadram (...) na temática, então eles são bem interessantes, eles ajudam e contribuem principalmente nas rotinas e demandas da unidade, são com qualidade, com pessoas que realmente sabem da temática (...) a gente recebeu equipamentos de última geração, então eu acredito que melhorou bastante (P5 – enfermeira).

A grande oferta de equipamentos modernos e de última geração é evidenciada nas falas dos servidores, os quais referem ter capacitação para estes recursos materiais. Para Peprah e Atarah (2020), ao proporcionar que os recursos sejam alocados e gerenciados efetivamente, identificando prioridades nos serviços, esta dimensão indica aspectos para fornecer alta qualidade.

Com a evolução da tecnologia e o crescente aumento da diversidade de produtos e serviços sofisticados e atraentes, as organizações necessitam aumentar seus esforços, gradativamente, pela melhoria da qualidade dos produtos e serviços, de forma a considerar o aperfeiçoamento da qualidade de seus serviços com vistas a excelência na prestação destes. Nesse sentido, os hospitais são vistos como organizações complexas, tendo em vista que dispõem equipes multidisciplinares com elevado grau de autonomia, para prestar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador, com o auxílio de tecnologias de ponta no atendimento a pacientes em regime de internação, além de constituir um ambiente de prática de ensino-aprendizagem e produção científica (CEROLI *et al.*, 2014).

A modernização dos equipamentos hospitalares aumenta a satisfação dos clientes. Por meio do investimento e manutenção da infraestrutura, as mudanças nos aspectos físicos influencia em outras dimensões da qualidade do serviço (COSTA *et al.*, 2021).

“Agora, bom, bem maior, espaçoso. (...) Muitas coisas estragam, não consertam, essas coisas assim eu acho, manutenção do ambiente mesmo (...) no âmbito que eu vejo acho que está em um nível excelente” (P8 – higienização).

A manutenção do espaço físico pode ser um desafio evidenciado pelos servidores. Para Parente e Parente (2019), entre os organismos mais complexos de serem administrados estão os hospitais, visto serem uma estrutura viva de alto

dinamismo operacional, sendo assim uma organização completa e complexa. Cabe ao gestor o desafio de otimizar custo-benefício para promoção da melhoria da saúde e garantia da vida.

Observa-se que o hospital deixou de ser tratado de forma empírica, onde o administrador não necessitava ter conhecimento das teorias administrativas (PARENTE; PARENTE, 2019). Existe a necessidade de direcionar recursos para melhorar a estrutura e o processo de recepção dos pacientes, onde os aspectos tangíveis e o atendimento possam dar ênfase a qualidade ofertada (COSTA *et al.*, 2021).

“Em termos de espaço, de estrutura (...) a gente está em um momento e um lugar privilegiado. Os leitos estão mais separados, a gente tem os isolamentos e isso acho que é uma vitória, a gente tem a sala do intermediário também, distante da sala do alto-risco, com menos barulho, enfim, também acho que isso é uma vantagem” (P3 – médica).

“Um espaço bom, um espaço amplo, e com tudo que eles precisam, das mais modernas aparelhagens, a gente tem aqui! Muito bom, a gente tem o espaço adequado e a gente não fica (...) tão apertada entre os leitos para conseguir fazer um atendimento melhor, principalmente na área de amamentação que a gente precisa estar mais junto com a mãe” (P4 – fonoaudióloga).

“É um espaço físico muito bom, ele tem todas as salas, bem delimitado, tanto o expurgo, quanto salas de internação, quanto área de descanso. Eu acho que ele corresponde as expectativas do que a gente precisa. Nossa rouparia melhorou bastante, de materiais, acho bem adequado” (P5 – enfermeira).

No que se refere à infraestrutura geral do serviço, as falas afirmam que o lugar da UTINEONATAL é privilegiado, com amplo espaço. Para Almeida, Góis (2020), as instituições de saúde estão em busca constante por um padrão de qualidade dos serviços de saúde. Os hospitais estão se intensificando e se expandindo, influenciando a organização e a reestruturação dos serviços hospitalares, demandando um modelo administrativo dinâmico, moderno, atualizado e qualificado, orientado pela gestão da qualidade, a fim de assegurar a satisfação de todos os envolvidos no processo que auxilie a melhoria contínua dos processos e na prevenção de problemas.

A acreditação hospitalar trata-se de uma metodologia desenvolvida para apreciar a qualidade da assistência médico-hospitalar em todos os serviços de um hospital, como um modelo de certificação da qualidade dos serviços de saúde. Esta certificação tem como base a avaliação dos padrões de referências desejáveis,

construídos por peritos da área e previamente divulgados, além dos indicadores ou instrumentos que os avaliadores empregam para constatar os padrões observados. Esse processo deve ser pautado na busca de serviços de excelência por meio de padrões internacionais que resultem na prestação de uma assistência de qualidade (FREIRE *et al.*, 2016).

“Nem sempre tem material suficiente, as vezes falta, (...) O resto é bom, nunca faltou nada, quer dizer, não digo que nunca, mas é raro. (...) as vezes tem superlotação, tem extra, e acaba se tornando pesado. Por lei a gente tem que atender 10 pacientes por turno e as vezes quando está na superlotação a gente passa bastante, as vezes tem paciente que precisa de mais de um atendimento” (P9 – fisioterapeuta).

A equipe da UTINEONATAL é relatada como bem dimensionada em condições normais de ocupação porém em situações de superlotação, ou seja, quando o número de recém nascidos internas supera a quantidade de leitos acontece dos profissionais atenderem mais pacientes que o dimensionamento. Além deste fato ocorre a falta de recursos materiais, o que provavelmente tenha relação com a superlotação.

No Brasil, os requisitos mínimos para funcionamento de UTI's são estabelecidos pela Resolução nº 26/2012 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O adequado dimensionamento é essencial em cuidados intensivos neonatal, nesse sentido, contribuir para a equalização dos servidores pode proporcionar redução dos custos, de complicações e aperfeiçoar os gastos com saúde, adaptando os recursos humanos às necessidades reais de atendimento (MAZIERO *et al.*, 2020).

“a gente tem um quantitativo no que a gente tinha antes (referindo-se a dez leitos), então não foi ampliada a equipe. Apesar de ter leitos extras, não conseguimos abraçar mais nada, a gente se aperta frequentemente, e então não temos um número adequado” (P2 – enfermeira).

“o nosso problema é quando tem leitos extras, que é comum, mas dentro daquilo do que é o programado, o número de funcionários é adequado” (P1 – fisioterapeuta).

“quando tem superlotação ou ocorre intercorrências durante o turno de trabalho, muitas vezes, a gente acaba deixando demandas e passando para o turno seguinte, mas normalmente a gente consegue sim” (P5 – enfermeira).

“A função dos leitos, a quantidade dos leitos, acaba que como a gente está sempre superlotado fica muito difícil” (P10 – técnica de enfermagem).

A superlotação parece ser algo frequente neste serviço. Os depoimentos trazem que em situações de funcionamento dentro do previsto o trabalho consegue ser bem desenvolvido no tempo programado, porém em situações que existem leitos extras, as demandas são mais pesadas para a equipe.

A superlotação dos hospitais trata-se de um fenômeno contemporâneo que está presente nas diversas partes do mundo, onde suas causas e consequências ocasionam fortes impactos na gestão clínica e na qualidade do atendimento. Além da falta de equipamentos que a superlotação causa existe a preocupação com os profissionais de saúde, por meio de cansaço físico e mental, que podem contribuir para desempenhos abaixo da qualidade assistencial. Os desafios da superlotação incluem a falta de qualificação profissional, falta de recursos materiais, inadequação de áreas físicas, carga horária de trabalho excessiva e ausência de normais e rotinas, fazendo com que a qualidade seja modificada (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Sobre as capacitações setoriais os entrevistados afirmam que:

“quando a gente começa a participar das capacitações a gente acha que é uma besteira, (...) mas tu sempre acaba aproveitando alguma coisa e aprendendo alguma coisa nova ou até lembrando coisas que vão se passando, então acho que de um modo geral são capacitações e cursos que são importantes para o funcionamento da unidade (...) Treinamentos a respeito de situações mais críticas tipo de reanimação, são uma coisa que eu acho que poderíamos aprimorar (...) as avaliações retrospectivas a gente consegue identificar onde que a gente poderia fazer melhor, não como uma forma de crítica, (...) mas como uma forma de melhora de serviço, ter uma retroalimentação em relação as coisas que a gente pratica” (P3 – médica)
“eu acho que tinha que ter mais protocolos, dentro do serviço, para que tivessem condutas mais uniformes em relações a algumas coisas” (P3 – médica).

“nós temos alguns cursos de capacitação, alguns mais amplos e outros mais na nossa área mesmo (...) aquelas coisas bem específicas da área de cada uma a gente acaba tendo que procurar por fora, pagar por fora, porque aí já não é oferecido pela empresa né (...) considerando a proposta das capacitações, mas não chegam a contemplar as vezes todas as nossas necessidades técnicas” (P4 – fonoaudióloga).

“especificamente de ventilação mecânica, mais treinamentos, os ventiladores também, temos que ter periodicamente os treinamentos de ventilação mecânica, porque alguns detalhes, às vezes, a gente acaba esquecendo ou passando e as vezes entra gente nova, acho que seria bom ter mais frequente” (P9 – fisioterapeuta).

Os servidores relatam que participar das capacitações ofertadas proporciona conhecimento e faz com que sejam lembrados cuidados específicos do trabalho. Algumas capacitações não são especificamente sobre a temática do serviço mas

englobam aspectos importantes do hospital. Além disso, capacitações frequentes sobre temas muito importantes parecem ser importantes para eles.

A educação no ambiente de trabalho precisa ser significativa para o profissional, para possibilitar o aprimoramento técnico-científico além de aprimorar técnicas com base no seu fazer, ser, aprender e empreender das relações interpessoais e pessoais (CORRÊA *et al.*, 2022). A educação permanente pautada nas portarias GM/MS nº 198/2004 e GM/MS nº 1996/2007 dispõe da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde bem como as diretrizes para implementação de estratégia do SUS para desenvolvimento e formação de trabalhadores, sendo um instrumento para mudanças e transformação dos serviços de saúde, agregando habilidades teóricas e práticas como estratégia essencial para o aperfeiçoamento do serviço (SILVA *et al.*, 2022).

A educação permanente nos serviços de saúde assume um papel de promover e inspirar experiências, a fim de que o profissional reconheça sua singularidade e se fortaleça, superando limites e dificuldades, desenvolvendo assim seu potencial (FIGUEIREDO *et al.*, 2017). Com a pandemia de COVID foi necessário a reestruturação de protocolos e rotinas nos serviços de saúde :

“Os encontros de equipe estão fazendo muita falta, que antes a gente tinha, agora a gente não tem mais, onde a gente tinha liberdade para expor e colocar algumas coisas sem que a gente sofra retaliação” (P5 – enfermeira)
“Uma coisa que eu gostaria de fazer seria mais a questão de poder participar mais de capacitações da unidade” (P4 – fonoaudióloga).

“Os treinamentos específicos. Teve anos que a gente fez e era bom, e agora a gente tem menos, mais online, mas eu acho que poderia ter mais” (P9 – fisioterapeuta).

“As capacitações ainda são poucas, mas a qualidade acho que são boas” (P11 – médica).

A necessidade de abranger um novo momento de saúde mundial, por meio da pandemia COVID-19, fez com que muitas atividades de capacitação e encontros de equipe fossem reestruturados. Muitos desses encontros não voltaram a acontecer, porém os servidores afirmam que sentem falta destes momentos.

As emergências de saúde pública exigem que sejam realizadas ações rápidas e constituem eventos que devem adaptar a capacidade de resposta durante cenários antes não previstos. Conhecer e aprender com os impactos de epidemias anteriores pode ser o meio mais eficaz de melhorar o enfrentamento de seus efeitos

(SILVA *et al.*, 2022).

As ações de saúde adotadas para disseminação de informações durante a pandemia foram apoiadas pela gestão dos hospitais, visando a sistematização dos cuidados com a segurança do trabalhador e dos pacientes. Culturalmente, a educação permanente trazia uma imagem de ser solicitada apenas quando era identificada uma necessidade de algum setor específico, com intuito de correção para melhoria das práticas assistenciais. O desafio para a gestão foi proporcionar a qualificação dos profissionais como imprescindível para uma melhor qualidade do serviço prestado (SANTOS *et al.*, 2021).

Ainda sobre os treinamentos e capacitações, os servidores afirmam que :

“Nós temos a questão do canguru, tem épocas que parece que o pessoal está mais envolvido, depois esquecem um pouco. Então eu vejo que o que falta são as capacitações que motivem o pessoal, alguns não viram as anteriores. E mesmo aqueles que fizeram, temos uma tendência de relaxar na questão dos cuidados, porque acaba virando uma rotina, e na verdade, como a gente quer individualizar, nós não podemos ser rotina somente, a gente tem que ter rotinas pra norrear o nosso trabalho, até pra gente saber o que tem que fazer e até para ser cobrado, para não ficar cada um faz do jeito que quer” (P1 – fisioterapeuta).

“Existe uma equipe bem empenhada nas capacitações, e o que a gente sente necessidade extra a gente acaba por discutir na própria unidade, então acho que é satisfatório” (P2 – enfermeira).

Eu gostaria de ter mais tempo de revisar o ventilador, de discutir com a equipe médica as condutas quanto à ventilação mecânica e essa parte mais pulmonar” (P9 – fisioterapeuta).

Sobre os momentos em equipe os servidores reforçam que estar em contato, relembrar e reviver é importante para a melhoria das práticas de cuidado. Existe a organização das capacitações mas seria importante ter mais momentos e discutir em equipe na própria unidade.

A educação continuada e educação permanente são práticas constante na qual o desenvolvimento tanto pessoal como profissional visa aperfeiçoamento de habilidades e construção, ainda maior, de conhecimentos. Sendo a cada dia os profissionais desafiados com constante mudanças e conceitos na atuação em saúde. A educação continuada e permanente em saúde são elaboradas de maneira coletiva, desse modo potencializando a capacitação dos profissionais através das capacidades descobertas (RIBEIRO; SOUZA; SILVA, 2019).

Dessa maneira, a educação continuada pode ser entendida como promoção

da capacitação dos profissionais com objetivo de atualizar seus conhecimentos, já a educação permanente vem sistematizar um ensino problematizado, produzindo conhecimento a partir dos problemas vivenciados no dia a dia de cada setor (RIBEIRO; SOUZA; SILVA, 2019). Assim, entende-se que a gestão precisa considerar a educação como propulsora do desenvolvimento institucional, que pode contribuir para o aprimoramento de competências dos profissionais, os quais precisam de suporte e apoio para a prática, além de consolidação do conhecimento científico (CORRÊA *et al.*, 2022).

“uma das coisas que vejo que falta é a questão da estimulação motora, que é importante, mas pelo número de pacientes e rotina do trabalho (...) a gente não tem o tempo necessário pra fazer isso. Alguns hospitais tem o terapeuta respiratório e o terapeuta motor, (...) a partir de 32 semanas já é recomendado que seja iniciada essa estimulação” (P1 – fisioterapeuta).

“Essa parte do diálogo, tanto com os pais como em equipe. Capacitações de equipe, quanto ao serviço prestado, capacitações de cuidado, capacitações de rotinas, assim, acho que é isso” (P10- técnica de enfermagem).

“A gente ainda peca muito no ruído, no barulho, iluminação. (...) Acho que melhorou bastante, mas a discussão de casos entre as equipes ainda tem que ter mais. Eu acho que a gente tem que fazer mais capacitações, os que a gente tem são bons mas acho que são poucos, a gente tem que se capacitar mais, estudar mais” (P11 – médica).

Pensar sobre o trabalho prestado, problematizar os acontecimentos do trabalho podem ser uma estratégia de desenvolvimento de educação permanente neste serviço. Os servidores afirmam que estar em constante atualização e estudo é importante para a qualidade do atendimento prestado.

A implantação da educação dentro do ambiente hospitalar auxilia na reorganização do trabalho, agregando conhecimento como valor necessário para ações do cotidiano. Proporciona segurança e qualidade nas funções desenvolvidas pelos profissionais.

Para Corrêa *et al.* (2022), em estudo que objetivou aplicar um modo de avaliar a necessidade, desejos, frustrações e aspirações dos profissionais de enfermagem sobre as ações educativas, foi evidenciado que as melhorias no processo de trabalho são alcançadas por meio da participação ativa e colaboração dos servidores corresponsáveis pelo desenvolvimento das competências do serviço individuais e em grupo. Escutar os profissionais pode ser uma estratégia para a emergência de ideias que poderão ser assertivas ou não, contudo a proatividade,

juntamente com a prática colaborativa dos servidores promove uma construção de aprendizagem significativa. Além disso, este estudo evidenciou a necessidade de abranger o maior número de pessoas na oferta de ações educativas, como turnos inversos, flexibilidade de horários, *feedback* das ações realizadas e a preservação da modalidade a distância e presencial.

No que se refere ao atendimento individualizado, os servidores afirmam que :

“trabalhei em outros lugares que tinham grupos de pais e isso ajuda bastante, pois de uma forma mais informal a gente acaba conhecendo melhor e em situações de superlotação a (...) gente poderia lidar melhor com esses pais e quando tem menos gente, menos pais, acho que a gente conhece um pouco melhor essas famílias” (P3 – médica).

Os estudos de caso também (...). Com os estudos de caso a gente poderia conseguir fazer um plano terapêutico singular, principalmente pra bebês que ficam aqui, 1 ou 2 meses, claro que o bebê que vem pra ganhar peso 1 semana não faria tanta diferença quanto um bebê que fica 3 meses aqui, então acho que um plano terapêutico seria muito legal” (P5 – enfermeira).

“Acho que discussão em grupo, no grupo todo, com todos os profissionais, discutir mais os casos, tipo uma discussão multiprofissional, acho que isso está faltando mais” (P11 – médica).

Os servidores trazem que a realização de grupo de pais pode auxiliar no cuidado aos recém nascidos e suas famílias. Conhecer os casos e promover um cuidado singular, um plano terapêutico, por meio de discussões em grupo pode qualificar o serviço prestado.

O trabalho em grupo com pais na unidade neonatal implica em ajudá-los a construir suas próprias articulações, reformulando dúvidas e preocupações para refazer os obstáculos presentes na internação do filho. Os pais referem alívio em falar, expressar e comparar sentimentos com os outros pais. Estes grupos podem possibilitar o compartilhamento de experiências, sentimentos e angústias, trazendo efeitos terapêuticos importantes (MARCIANO; EVANGELISTA; AMARAL, 2019).

O plano terapêutico singular é um instrumento de ação baseado na articulação de condutas terapêuticas, resultante das discussões em equipe mutidisciplinar, reuniões, rodas de conversas, planejamento voltado para a resolução de casos complexos na assistência à saúde. A multidisciplinaridade do cuidado se expressa através da articulação e integração de vários saberes e práticas, capaz de produzir intervenções em comum, sem deixar de valorizar os conhecimentos das diferentes categorias profissionais (ROCHA; LUCENA, 2018).

“sinto falta de falar sobre os pacientes, de fazer uma passagem de round conjunta com a equipe, (...) a gente tinha capacitações semanais que trazia algum assunto, alguma coisa, que isso faz com que todo mundo discuta, com que traga um problema e que a gente também traga uma solução (...) é uma visão de um pequeno grupo ou de uma pessoa, e no momento que traz pro grande grupo aquilo é discutido e se tenta, com a opinião dos demais colegas chegar a um denominador comum, então todo mundo sai ganhando” (P1 – fisioterapeuta).

“rounds em equipe melhorariam o serviço como um todo: discutir os pacientes que são mais complicados, (...) as questões familiares como um todo. Conversas em conjunto, algo mais coeso. (...) A questão dos protocolos, acho que falta isso até para ter a mesma linha. Não é que não tenha a mesma linha de raciocínio, acho que tem, mas eu acho que ficaria melhor organizado” (P3 – médica).

“a gente não faz estudos de caso individuais, o que nos ajudaria muito a pensar como levar informações para esses familiares então, fica um pouco falho isso, da gente conseguir passar para esses pais tudo que é falado, tudo que é idealizado para eles” (P5 – enfermeira).

Discutir os casos de cada paciente de forma multidisciplinar, traçar metas de cuidado, ouvir opinião dos demais profissionais também foi relatado pelos servidores como estratégia de desenvolvimento de plano terapêutico singular. Os estudos de casos individuais, rounds em equipe e conversas em conjunto qualificam o atendimento aos recém-nascidos e suas famílias.

Os projetos terapêuticos se instituem como instrumentos para as práticas de saúde inovadoras que singularizam os processos dos sujeitos e suas necessidades em saúde, além de apontar para novas perspectivas de autonomia, protagonismo e inclusão social. Trata-se de um recurso associado ao conceito da clínica ampliada e um dispositivo da humanização em saúde. Estes projetos podem ser familiares, coletivos e até territoriais. São resultantes da discussão coletiva de uma equipe de saúde (DEPOLE *et al.*, 2022).

Entende-se que, no que se refere a qualidade estrutural do serviço, os aspectos tangíveis, envolvem recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e recursos financeiros para a assistência. Nesse aspecto, os servidores participantes deste estudo, entendem o serviço em questão como um local com boas instalações, equipamentos modernos e materiais suficientes, em condições de não superlotação. Referem também possuir boas capacitações em equipe e que estas devem ser retomadas com certa frequência. Foi evidenciado também a necessidade de formação de grupo de pais e a prática de projetos terapêuticos singulares.

A Figura 2 apresenta o resumo dos resultados obtidos na qualidade estrutural do serviço, que formam a dimensão Tangibilidade da qualidade do serviço em

estudo:

Figura 2 – Visão geral da dimensão Tangibilidade



Fonte: Elaborado pela autora.

4.2.2 Compreensão do serviço

A compreensão do serviço, dentro do entendimento das variáveis do serviço, da dimensão da confiabilidade, proposta por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), entende esta como os serviços oferecidos conforme prometido, confiabilidade na resolução de problemas/reclamações, serviços realizados de forma correta e serviços oferecidos nos prazos prometidos.

Nesse aspecto os servidores afirmam que:

“Eu vejo a pasta do paciente, o que que precisa fazer, otimizoo, faço as coisas todas no seu tempo, e ao mesmo tempo para não estar toda hora mexendo neles” (P7 – técnica de enfermagem).

“Dar mais atenção os pacientes mais graves, em primeiro lugar, a gravidade, e depois revisar todo o processo, mas tentar atender os mais graves” (P11 – médica).

Os servidores afirmam organizar seu trabalho de acordo com a gravidade. Otimizando os cuidados a serem realizados a fim de não manipular muito os bebês.

O trabalho na UTI acarreta elevada carga de estresse devido à gravidade, vulnerabilidade dos pacientes, que estão constantemente sujeitos às alterações hemodinâmicas, assim como risco iminente de morte, exigindo cuidados complexos,

atenção ininterrupta e tomada de decisões imediatas (BITTENCOURT; GAIVA; ROSA, 2010).

A confiabilidade refere-se à habilidade dos servidores em prestar os serviços de forma confiável e precisa (DORIGAN, 2021). Em estudo que identificou as percepções de pacientes na maternidade sobre a qualidade do serviço em hospitais privados na Índia, foi identificada relação significativa entre a qualidade dos serviços de saúde e a confiabilidade, como um dos fatores mais significativos para eles. A confiabilidade estava associada à prestação de serviços de maternidade em horários prometidos, com profissionais qualificados, horários de visita bem programados, disponibilidade da equipe de enfermagem e privacidade dos pacientes (AMIN; KHAN, 2022).

Em estudo que sintetizou as principais estratégias para a satisfação e a lealdade dos pacientes em organizações de saúde, foi identificado que a variável confiança está apontada como o relacionamento interpessoal e as habilidades de comunicação da equipe multiprofissional (DORIGAN, 2021). Neste aspecto os servidores afirmam que:

“Eu me sinto realizada porque, uma que eu gosto do trabalho, eu gosto do que eu faço e eu vejo resultado, então isso me deixa muito feliz e muito realizada profissionalmente. (...) A gente se apresenta, digo meu nome, minha função e explico o que eu vou fazer e a partir daí eles me reconhecem como um fisioterapeuta que está fazendo um trabalho diferente daquele do médico, daquele do técnico ou do enfermeiro” (P1 – fisioterapeuta).

“é um conjunto de coisas que as vezes são passadas para o colega e as vezes tem que acabar resolvendo coisas que não se iniciam no teu turno de trabalho, o trabalho é contínuo, nem tudo que começa no meu turno eu consigo terminar e segue no turno adiante” (P3 – médica).

Trabalhar em equipe, trocar conhecimento, gostar do que faz e dar continuidade ao trabalho iniciado pelo colega foram descritos como elementos da rotina do trabalho. Assim, a comunicação parece ser fator indispensável para o trabalho em UTI.

A comunicação é imprescindível para a assistência à saúde no ambiente de terapia intensiva. Somado a isso estão os neonatos que necessitam de atenção especializada, equipamentos diagnósticos e tratamentos. Para isso a comunicação pode ser uma estratégia de redução de agravos e proteção do paciente. Trocar informações, como por exemplo nas passagens de plantão, pode reduzir fatores que

geram implicações no processo assistencial, bem como proporcionar a compreensão das reais necessidades dos neonatos (MATOS *et al.*, 2022).

O sucesso do trabalho em equipe, na área da saúde, depende de alguns fatores, tais como: confiança, boa comunicação, aceitação das diferenças, valorização das habilidades individuais, conhecimento dos objetivos esperados e colaboração de todos. Alguns entraves podem dificultar o trabalho em equipe, como falta de colaboração e reconhecimento, gerando assim insatisfação e distanciamento dos integrantes, assim como conflitos do dia a dia, falta de clareza e divergência entre os objetivos pessoais e do serviço (VALENTIM *et al.*, 2020).

Assim, o clima organizacional, do trabalho em equipe, pode interferir na qualidade dos serviços de saúde:

“eu não acho que no geral a gente seja desvalorizada, até eu que já trabalhei em alguns setores do hospital eu vejo que a gente tem muita voz, em algumas situações a gente consegue discutir coisas que em outros setores não se alcança” (P2 – enfermeira).

“acho a gente consegue trocar bastante, eu me sinto valorizada dentro do meu trabalho” (P3 – médica).

“a gente se estressa no sentido de que poderia haver mais discussão, mais interação entre a equipe medica, discussão dos casos. Mas eu gosto bastante, a maioria da abertura, poderia ser mais, mas acho bom (...) Antes a gente tinha muita lesão de septo, necrose, e agora praticamente não tem” (P9 – fisioterapeuta).

Os servidores evidenciaram em seus depoimentos que são valorizados no trabalho, que conseguem ter voz, discutir condutas, e que embora existam momentos de estresse, estes estão relacionados com a vontade de discutir mais os casos. Também fica claro que ocorreram melhorias no serviço.

O trabalho em equipe necessita da colaboração entre os membros envolvidos, troca de conhecimento e complementariedade das atividades de trabalho, relações comunicativas e colaborativas, tendo o seu sustento pautado na relação dialogada e horizontal. O bom relacionamento interpessoal é visto como um fator relevante para o trabalho em equipe (VALENTIM *et al.*, 2020).

A principal fragilidade, no que se refere a comunicação da equipe, parece ser a segregação quanto a discussão e a divulgação da realidade clínica dos pacientes. Garantir a segurança dos neonatos em situações críticas de vida reflete a importância do cuidado multiprofissional (MATOS *et al.*, 2022). Assim, a qualidade do

cuidado é diretamente impactada pela importância dada ao trabalho em equipe (VALENTIM *et al.*, 2020).

Com o avanço do desenvolvimento das ciências da saúde e ampliação de recursos e novas tecnologias, ocorreu o aprimoramento dos cuidados ofertados e o aumento das taxas de sobrevivência dos recém nascidos prematuros. O parto prematuro é um importante problema nos dias atuais, sendo responsável pela maioria dos casos de morbidade e mortalidade perinatal, ocasionando graves danos imediatos nos recém-nascidos, e sequelas tardias. Segundo dados do DATASUS, no ano de 2019 houve 314.348 mil partos prematuros, que ocorreram entre 22 e 36 semanas de gestação, no Brasil. Essa incidência da prematuridade é variável, decorrente de fatores sociais, biológicos, étnicos, comportamentais, entre outros (ADRIANO *et al.*, 2022).

“Internam nenês muito grave, mas tem chance de que ele saia daqui com a família, acho isso recompensador, porque a gente lida a favor da vida, (...) é uma luta ao contrário do que a gente vê em outros lugares, eu não estou lutando contra a morte, eu estou lutando para a vida” (P3 – médica).

“ver o paciente internar com muito baixo peso ou extremamente grave e conseguir assistir ele dar alta, bem. É isso que a gente procura e que fica feliz, que realmente teve sucesso, e a criança saiu bem e os pais felizes né” (P11 – médica)

Os servidores afirmam que trabalham com recém nascidos muito graves mas que pensam em favor da vida. Além disso, referem muita satisfação em cuidar de bebês grave e ver a alta hospitalar e as famílias felizes.

No que se refere à satisfação profissional, entende-se que esta repercute na assistência prestada, como um sinônimo de motivação, atitude, estado emocional positivo sobre o trabalho. O processo de trabalho em terapia intensiva é permeado por fatores estressores relacionados ao estado crítico do paciente. A carga de trabalho somada à satisfação profissional, percepção do ambiente de trabalho, motivação por reconhecimento profissional e autonomia se constituem como preditores à prática profissional e resultam em qualidade do cuidado (PAULINO *et al.*, 2019).

Além da dimensão da confiabilidade, este tema abordará outra dimensão, a da presteza, proposta por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), que trata da capacidade de atender os usuários e fornecer o serviço prontamente, com uma noção de flexibilidade e habilidade para adaptar o serviço às necessidades dos

usuários.

“A UTI neonatal dá a possibilidade do paciente sobreviver, porque a grande maioria dos nossos pacientes são pacientes que se não existisse a UTI, não sobreviveriam, seria aquele paciente que nasceria e diriam “não tem o que fazer”, hoje temos paciente de 24, 26 semanas com uma sobrevida de qualidade, (...) eu como profissional eu me sinto num lugar privilegiado, porque a gente está dando a oportunidade que em outra situação não existiria” (P1 – fisioterapeuta).

“Aqui é individualizado, tem uma equipe. Eu vejo o pessoal da enfermagem conversando individualmente e pensando em cada caso. O pessoal da medicina, tem a assiste social, a gente mesmo da fisio não interage muito com as famílias, a gente conversa, mas não é tanto quanto os outros, mas acho que sim, é individualizado” (P9 – fisioterapeuta).

O trabalho, evidenciado pelos servidores, é visto como essencial à essa clientela, individualizando os cuidados prestados, pensando caso a caso, interagindo com as famílias e dando a possibilidade de uma sobrevida com qualidade.

As UTI's neonatais têm apresentado grandes avanços no que se refere à humanização. O envolvimento da equipe no crescimento e desenvolvimento do bebê funciona graças ao comprometimento dos profissionais de saúde, dos avanços técnicos e humanizados nos cuidados aos prematuros. A equipe de enfermagem pode ser intermediária entre a família e o recém-nascido, contribuindo para uma interação afetiva, fortalecimento do apego e estabelecimento de laços entre pais e bebê (TEIXEIRA *et al.*, 2022).

Promover cuidados integrais e dissociar o corpo biológico das características da pessoa no modo como vai reagir à doença e ao tratamento, não dissociando o cuidado da integralidade (SOARES *et al.*, 2020). No que tange os cuidados aos prematuros, os pais tendem a ficarem mais tranquilos quando encontram uma equipe comprometida emocional e tecnicamente com o cuidado à criança. O apoio multiprofissional, as experiências, anseios, medos, felicidades vivenciadas e divididas, pode proporcionar a união da equipe multiprofissional com as famílias (CARNEIRO *et al.*, 2022).

No que se refere à interação da equipe multiprofissional, os servidores afirmam que:

“não tem como generalizar mas algumas pessoas são mais fáceis, outras menos, (...) médicos, equipe de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, assistentes social, hoje em dia são pessoas mais presentes, a gente não era tão acostumado ter dentro do setor, hoje a gente tem esta

referência” (P2 – enfermeira).

“a gente tem disponibilidade de falar com o serviço social, porque as vezes foge um pouco da nossa realidade, como conseguir um abrigo, transporte, então quando a gente tem essa disponibilidade é feito. Muitas famílias não tem suporte, o financeiro mesmo, e a gente tem que abranger tudo isso” (P5 – enfermeira).

Os servidores evidenciam o trabalho multiprofissional na UTI NEONATAL, como pessoas presentes, que auxiliam no cuidado aos bebês e seus familiares. As atividades são desenvolvidas em conjunto, entre os membros da equipe.

Uma equipe multiprofissional consiste em atividades interdisciplinares, abrangendo um processo de construção de conhecimento por meio de ações geradas das trocas de saberes de trabalho com um posicionamento ético e político, trabalhando o diálogo e a negociação para a resolução das demandas enfrentadas. As ações conjuntas são de extrema importância pois promovem a integração de setores sociais de trabalho, transporte, meio ambiente, assistência social, entre outros, a fim de assegurar ao paciente e sua família um acesso de qualidade, garantindo um cuidado integral (ALVES *et al.*, 2019).

Uma equipe pode ser definida como um grupo de pessoas com diferentes personalidades, com um objetivo em comum, de resolver as divergências em conjunto e com inteligência. As relações interpessoais estão relacionadas a fatores que podem influenciar a qualidade, como a comunicação efetiva. Assim, entende-se que a abertura de espaços para a discussão dos casos promove o desenvolvimento de uma identidade coletiva, onde os profissionais se veem como parte ativa da equipe multiprofissional (MIRANDA; MANGINI, 2020).

Sobre a importância do seu trabalho, os servidores afirmam que:

“Eu vejo meu trabalho como um trabalho muito importante. Tanto para a vida dos pequenos, manutenção da vida, quanto do convívio com os pais” (P10 – técnica de enfermagem).

“Eu vejo o meu trabalho ainda em construção, porque a atuação da fono na neo ainda é recente, não são todas as UTI’s no Brasil que tem. São os grandes centros, então ainda estamos em fase de construção de protocolos, de conquista do espaço, de poder ampliar à medida que a gente consiga mais profissionais da área” (P4 – fonoaudióloga).

Os servidores afirmam que percebem a importância do seu trabalho, para a vida dos bebês e para seus familiares. Além disso, o serviço fonoaudiológico em UTI NEONATAL está em fase de construção, de conquista de espaço.

O prazer no trabalho deriva da articulação entre trabalho, necessidades e desejos psicológicos do trabalhador. Quando o trabalho oferece a oportunidade de sentir-se valorizado e reconhecido, favorece o prazer, sendo benéfico à saúde, fortalecendo a identidade (FERNANDES *et al.*, 2022).

Trabalhar acarreta engajamento por meio de gestos, saber-fazer, mobilização da inteligência, capacidade de refletir, interpretar e reagir diante de acontecimentos inesperados e imprevistos. Trabalhar significa essencialmente aplicar certas alterações na organização do trabalho, lidando com certas situações de modo eficaz (GONÇALVES; TOLFO; SCHWEITZER, 2018).

A introdução da estimulação fonoaudiológica nos neonatos de alto risco, geralmente, ocorre com a avaliação não nutritiva, por meio da avaliação da motricidade orofacial, reflexos orais e funcional da sucção não nutritiva. A Estimulação Sensório Motora Oral (ESSMO) tem como base a estimulação de sucção não nutritiva, que assim como a sucção nutritiva, proporciona aspectos de maturação global do desenvolvimento das funções orais, ganho ponderal de peso e ajuste do funcionamento gástrico intestinal durante a terapia fonoaudiológica. O profissional da fonoaudiologia tem papel importante no diagnóstico e tratamento dos distúrbios de deglutição, garantindo deglutição segura e ausência de complicações, como desnutrição e complicações pulmonares (OLIVEIRA; DAMASCENO; LEÃO, 2022).

Os profissionais evidenciam a preocupação com a amamentação:

“a questão da alimentação da criança seria ao meu ver a principal, pois acredito que a mãe deve se sentir bem abalada de não poder estar amamentando seu filho, e a maioria não pode” (P2 – enfermeira).

“A questão do leite demora vários dias para eles entenderem, tem a periodicidade que eles precisam tirar o leite para armazenar para o bebe, que é uma coisa básica e simples que a gente as vezes acha que é muito claro e não é” (P5 – enfermeira).

A amamentação do recém-nascido parece ser um desafio enfrentado na internação do filho em UTI. Para Damasceno *et al.* (2022) devido a imaturidade neurológica, fisiológica, imunológica do recém-nascido prematuro, principalmente sobre a dificuldade de controle da deglutição, sucção e respiração, ocorrem entraves na amamentação do prematuro em UTI. A amamentação garante adequada nutrição, oferece benefícios imunológicos, neuropsicomotor, menor incidência de infecções,

menor tempo de hospitalização e reincidência hospitalar, reduz icterícia, aumenta a intolerância à glicose e traz contribuições significantes para a recuperação da mãe.

O ideal para a amamentação do recém-nascido prematuro é o leite da própria mãe. Nesse sentido, a equipe multiprofissional desenvolve habilidades para a o início deste momento nos primeiros minutos dentro da UTI, por meio do contato pele a pele, do toque, da aproximação do bebê ao peito, fazendo com que sinta o cheiro do leite materno (DAMASCENO *et al.*, 2022).

Em estudo desenvolvido sobre o perfil alimentar de recém-nascidos prematuros internados em unidade neonatal, foi identificado que 65,2% dos bebês tiveram a fórmula infantil como alimentação predominante durante a internação. O aleitamento materno misto, complementado por fórmula infantil, foi identificado como o mais frequente no momento da alta hospitalar (AGUIAR *et al.*, 2022). Algumas estratégias são citadas como responsáveis por favorecer a amamentação e redução do desmame, tais como: ordenha segura de leite materno, educação em saúde das mães e educação permanente dos profissionais da saúde (FIGUEIREDO *et al.*, 2022).

Outro fator identificado nas entrevistas com os servidores foram as más notícias:

“quando os bebês vêm a falecer. Quando foram muito esperados, que foram muito desejados. Essa parte é muito difícil. (...) a gente vai fazer o máximo, mas a gente também não pode abraçar o mundo, a gente não pode fazer muita coisa a mais por eles, então essa parte eu acho bem difícil” (P5 – enfermeira).

“quando eu vejo que um pai sobe com um bebê, que tá subindo para a UTI ele vem já como se fosse para a morte. Estão desesperados e aí a gente diz “ei, aqui não é para morrer, o bebê não veio para morrer, veio para se salvar, vão fazer de tudo pra salvar”. Isso que é interessante, parece que vem pra UTI parece que vem para morrer, acho que isso é o mais marcante, porque eles chegam desesperados” (P8 – higienização).

Alguns momentos são marcantes para estes servidores. Quando um bebê morre e era muito desejado ou mesmo no momento da internação. Internar um filho em UTI NEONATAL parece ser visto pelos pais como a morte, porém este é o local onde o bebê tem a possibilidade de vida.

O processo de final de vida de um recém-nascido em UTI é algo que abala muitos profissionais da saúde. É visto como algo que contraria a ordem natural da vida, de nascer, crescer e morrer. A família encontra-se abalada neste processo,

buscando razões e significados para este acontecimento. Além disso, sabe-se que com os avanços dos tratamentos, a mortalidade neonatal corresponde a cerca de 1,8% (CAMILO *et al.*, 2022).

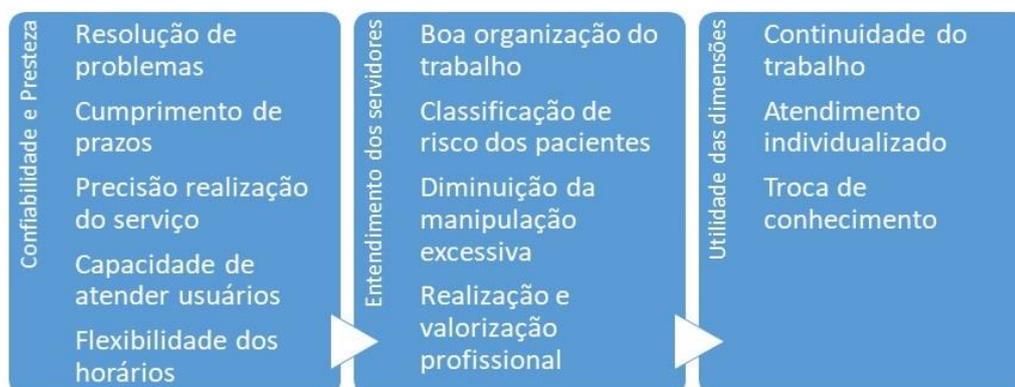
Mesmo com a experiência dos profissionais de saúde em UTI's, esta não é suficiente para prepara-los para lidar com as más notícias que envolvem um recém-nascido, tendo em vista que elucidam sentimentos de culpa, fracasso e impotência (KAIN; CHIN, 2020). Dar uma má notícia parece ser presenciar o sofrimento da família e lidar com a frustração dos planos que haviam sido traçados para a vida daquela criança. Assegurar a permanência da família junto ao bebê, estimular o contato físico, assegurar a privacidade, clarear dúvidas e atender necessidades são estratégias adotadas pelos profissionais da saúde para tornar a situação mais acolhedora e menos traumática (CAMILO *et al.*, 2022).

Em estudo que buscou compreender as dimensões qualificadoras para a comunicação de notícias difíceis na UTI NEO, pela verbalização das mães e profissionais da saúde, foi identificado que este momento engloba a percepção da família, a comunicação, empatia e a estratégia. O apoio e o suporte emocional são essenciais na busca da aceitação, conformação, fortalecimento ou restabelecimento após a comunicação de uma notícia ruim (CABEÇA; SOUSA, 2017).

Assim, no que se refere a compreensão do serviço, dentro do entendimento da dimensão da confiabilidade (entende esta como os serviços oferecidos conforme prometido, confiabilidade na resolução de problemas/reclamações, serviços realizados de forma correta e serviços oferecidos nos prazos prometidos) e da presteza (capacidade de atender os usuários e fornecer o serviço prontamente, com uma noção de flexibilidade e habilidade para adaptar o serviço às necessidades dos usuários), os servidores participantes deste estudo, entendem o serviço como um local que organiza o trabalho de acordo com a gravidade dos bebês, preocupam-se em não manipular excessivamente as crianças, sentem-se realizados/valorizados profissionalmente, enxergam a continuidade do trabalho prestado, importam-se com questões de equipe, como trocar conhecimento, atendimento individualizado e lutam em favor da vida, em manter a amamentação.

A Figura 3 apresenta o resumo dos resultados obtidos na compreensão do serviço, que formam as dimensões Confiabilidade e Presteza da qualidade do serviço em estudo:

Figura 3 – Visão geral das dimensões Confiabilidade e Presteza



Fonte: Elaborado pela autora.

4.2.3 Processo de interação família/chefias e equipe

O processo de interação família/chefias e equipe, dentro do endimento das variáveis do serviço, abrange duas dimensões proposta por Parasuraman, Zeithaml, Berry, (1985), que são : segurança e empatia. A segurança como a capacidade de atendimento, conhecimento e capacidade de inspirar conhecimento, e a empatia como o fornecimento de atenção individualizada que busca atender as necessidades específicas dos usuários.

Nesse aspecto os servidores afirmam que:

“Precisamos entender o lado dos pais, porque, uma mãe, por exemplo, que tem outros filhos, que não tem com quem deixá-los, como é que a gente vai querer que ela fique 24 horas aqui dentro, se ela tem os outros filhos? A gente tem que entender, também, o lado dos pais, (...) mas, se ela tem outros filhos eles também necessitam da atenção e dos cuidados dela” (P1 – fisioterapeuta).

“Muitas vezes a criança precisa tanto da gente, que agente, sem problemas de dizer, esquece completamente dos pais, que tem alguém esperando por ela ali fora, então a gravidade as vezes vai na frente de qualquer coisa (...) porque é uma coisa que as vezes a gente falha de perguntar, o que tu tá enxergando o que tu tá vendo, porque embora a gente diga, tá na incubadora tá quentinho, acho que até isso deve assustar (P2 – enfermeira). “Quando a gente se aproxima mais deles a gente consegue compreender um pouco melhor até a estrutura e não julgar tanto, porque as vezes é muito fácil imaginar ou julgar algumas coisas que acontecem e não se dá conta do que aquela família vive. A gente tem um papel fundamental, porque afinal de conta, são os filhos deles que estão nas nossas mãos e a gente tem que tentar transmitir o que está acontecendo e ao mesmo tempo vincular a realidade daquela família que não é sempre igual de um para o outro” (P3 – médica).

Os servidores reforçam a necessidade de entender os familiares, de questionar o que estão precisando. Colocar-se no lugar do outro, pensar nas possibilidades daquela família e auxiliar na formação do vínculo.

Quando os pais são inseridos no ambiente da UTI, sentem-se mais aliviados, passam a ter um espaço de esperança, capaz de criar oportunidades para a formação do vínculo e recuperação do apego. Recém-nascidos prematuros demandam recursos de seus familiares, financeiros e psicológicos. Com o objetivo de manter o equilíbrio familiar, é essencial que os profissionais de saúde disponibilizem ferramentas para que, as mudanças no período de internação, não afaste os membros da família, devido ao afastamento e acúmulo de tarefas neste período (LANGARO *et al.*, 2022).

O acolhimento inicia com a internação do recém-nascido, por meio da abordagem dos profissionais para orientações gerais da unidade e rotinas institucionais, a equipe tem clareza da importância do vínculo entre profissionais e famílias, porém percebe também que falhas na comunicação e dificuldades de entendimento da família sobre o que está acontecendo interfere na qualidade do vínculo. A inclusão da família no cuidado exige dos profissionais abertura em suas intenções e atitudes, em uma dinâmica de relações e intervenções que excedem o cuidado clínico (RODRIGUES *et al.*, 2019; ARAGÃO *et al.*, 2019).

Sobre a participação dos pais nos cuidados:

“No momento que os pais são orientados e que eles já sentem confiança, na questão dos cuidados do bebê como a temperatura, trocar fralda, auxiliar no banho, são procedimentos que são próprios do cuidador, e qual é o melhor cuidador? São os pais, porque não é só o procedimento em si, mas tudo que envolve então a questão do afeto, dos pais também se sentirem seguros, de aprender a fazer esse cuidado com o seu bebe. Acho que isso aí começa no momento em que os pais começam a participar dos cuidados, eles vão se sentir mais aptos a cuidar desse bebê mais adiante, quando ele tiver que ir pra casa e assumir de fato esses cuidados” (P1 – fisioterapeuta).
“as vezes a gente coloca eles meio de lado: mãe senta aqui que eu vou fazer as coisas, e não consegue agregar muito eles nos cuidados. Acabamos pegando muito para nós a criança e demoramos para conseguir inserir os pais” (P2 – enfermeira).

“eles têm uma participação (...) até nos cuidados com o recém-nascido, e acho que com a unidade canguru melhorou bastante, a gente tem que vincular eles com as crianças em relação a isso, nos cuidados básicos” (P3 – médica).

“Acho que eles poderiam fazer os cuidados com os bebês um pouco antes de irem ao intermediário (...) Acho que as pessoas podiam ser mais empáticas” (P7 – técnica de enfermagem).

Os servidores entendem a necessidade de possibilitar que os pais realizem e sejam incluídos nos cuidados com os bebês. Trocar fralda, ver temperatura, dar banho, vincular as crianças as suas famílias.

A necessidade de cuidados especializados dificulta a proximidade materna e impõe limites para as mulheres viverem a maternidade. Nessa situação, as mães têm dificuldade de se reconhecerem como tal, principalmente por não poderem realizar os cuidados com o próprio filho. Desta forma, é imprescindível o reconhecimento do papel materno pelos profissionais da UTI NEONATAL. As mães buscam se organizar junto aos filhos e envolver-se em um cuidado que não lhes pertence (FRAGA; DITZ; MACHADO, 2019).

Em estudo (LANGARO *et al.*, 2022) que descreveu a percepção das mães sobre os cuidados prestados em UTI NEONATAL, foi identificado que 62% das mães visitavam e/ou permaneciam com os filhos na UTI, 90% das mães participavam dos cuidados básicos como trocas de fralda, verificar temperatura, acalmar o bebê, dar banho, acariciar, pegar no colo ou colocar em posição canguru. Além disso, é importante que as mães criem rotina de visita ao bebê, quando sua permanência não for possível.

“eu atendo sempre os pacientes, (...) então a gente acaba criando um vínculo, uma intimidade, porque a gente começa a falar sobre a vida, a gente conhece e sabe como é que eles vivem, da onde são, e isso faz com que haja uma relação de confiança, eu acho, que essa é a palavra mais correta, uma confiança que a gente tem tanto da minha parte com os pais e também deles comigo, porque no momento que a gente tem isso o nosso trabalho ele se torna melhor” (P1 – fisioterapeuta).

“Nossas internações são muito longas e a gente acaba tendo tempo para saber mais sobre esta família, conseguir muitas vezes ajudar eles a resolver algumas questões, que talvez nem fosse uma coisa que só a gente pudesse fazer, mas acaba chegando, e a gente dá andamento (...) a gente sempre leva a diante e as vezes não consegue resolver, mas tipo questões de não ter onde ficar, de transporte, de várias coisas que é determinante para presença deles” (P2 – enfermeira).

Estabelecer vínculos, entender as famílias são descritos pelos servidores como importantes para a qualidade do serviço prestado. Muitas vezes, por meio da empatia, é possível auxiliar em situações que a família esteja vivenciando.

Em estudo realizado sobre a compreensão do Cuidado Centrado na Família em unidades de terapia intensiva neonatal, foi identificado que alguns entraves inviabilizam o processo. Muitos profissionais afirmam que a inclusão de 100% da

família no processo de internação em UTI NEO não acontece devido o déficit de recursos humanos e materiais necessários (DALFIOR *et al.*, 2022).

Os familiares sentem-se mais tranquilos quando percebem uma equipe comprometida emocional e tecnicamente, entendendo que esta percepção é fundamental para a formação de vínculo e confiança entre eles. Nesse sentido, entende-se que humanizar é sinônimo de ouvir, acolher, usar práticas não mecanizadas cuidando do próximo como gostaríamos de ser tratados (TEIXEIRA *et al.*, 2022).

A permanência dos pais em UTI NEONATAL é uma experiência marcada por angústias, medos, insegurança e sofrimento às famílias, afetando a dinâmica familiar durante aquele processo. O desequilíbrio decorrente dessa situação pode proporcionar que o cotidiano familiar mude completamente. Nesse sentido, o Cuidado Centrado na Família está além de comunicar apenas a condição clínica do recém-nascido aos pais e/ou responsáveis e sim se dá pelo envolvimento dos profissionais com os pacientes, compartilhamento de experiências entre a equipe envolvida no processo, o que configura uma terapêutica capaz de melhorar a qualidade da assistência (DALFIOR *et al.*, 2022).

“é importante que os pais saibam o que está sendo feito com os pacientes, (...) quando a gente tem confiança no nosso trabalho, tu transmite isso, e se está sendo feito é porque é necessário. Quando um bebê está grave, os pais vão se preparando para uma situação de gravidade, de piora, e isso faz com que o familiar sinta que está sendo feito tudo, ele se sente seguro no trabalho do profissional” (P1 – fisioterapeuta).

“eles confiam no trabalho como um todo. Uns são mais desconfiados, uns são mais questionadores, uns que perguntam e não aceitam muito o que a gente fala (...) eu não sinto falta de confiança em relação ao trabalho, não consigo pensar numa situação que o pai não quisesse mais que o filho ficasse aqui, quisesse ir pra um outro lugar, acho que quando eles fazem isso, é muito mais pensando que talvez em algum outro lugar tivesse alguma coisa melhor em termos de assistência assim, mas não em relação ao trabalho em si” (P3 – médica).

Dar atenção aos pais, explicar os procedimentos, ouvir, repetir, são estratégias evidenciadas pelos servidores para o desenvolvimento da confiança. Ao trazer os pais para os cuidados, pode-se criar meios de compartilhar informações de um modo melhor, promovendo a autonomia destes nos cuidados ao filho.

Em situação de internação do bebê, os genitores experenciam sentimentos de incapacidade e/ou importância por não poderem prestar os cuidados idealizados ao

bebê durante a gestação. A impossibilidade de prestar esses cuidados interfere na formação do vínculo entre mãe e filho, contribuindo para a baixa auto-estima da mãe. A participação nos cuidados do filho contribui diretamente para o restabelecimento da saúde do bebê, diminuindo o estresse pela exposição do mesmo ao ambiente hospitalar (LUZ *et al.*, 2019).

“Uns dão atenção maior para o familiar outros, nem tanto, isso desde o médico até o final, seja todos os outros profissionais que envolve, mas eu vejo, que é mais algo pessoal, a forma como cada um se coloca, frente aos pais do que propriamente, a equipe em geral. (...) acho que nós somos uma referência neste serviço. Temos uma estrutura física, equipe especializada, tratamentos de ponta, exames como ultrassom a beira do leito, tomografia, ressonância, equipe cirúrgica. Isso dá qualidade para o serviço que muitos hospitais não tem” (P1 – fisioterapeuta).

“Sou a favor que os pais permaneçam dentro da unidade nos procedimentos inclusive em algumas situações mais (...) ameaçadoras para a vida, por exemplo uma apneia ou as vezes algum procedimento, coleta de exames, essas coisas (...) mas também penso que tem algumas pessoas que talvez não se sintam à vontade, que talvez façam melhor o serviço sem ter os pais presentes” (P3 – médica).

“Eu faço questão de que os pais estejam juntos para eu ir explicando. E isso, ao meu ver, aumenta bastante até a adesão deles e a aceitação e a compreensão em relação ao nosso trabalho” (P4 – fonoaudióloga).

“Tenta se explicar o motivo do que está acontecendo, o porquê. A maioria confia no serviço” (P11 – médica).

Os servidores afirmam a importância de os pais participarem de tudo que está acontecendo com os filhos. Explicar o que está acontecendo, os motivos pelos quais os procedimentos estão sendo realizados parece ser importante para o cuidado prestado a estes recém-nascidos e seus familiares.

A recuperação do bebê não depende unicamente dos cuidados médicos, mas também dos cuidados e carinho que venham receber dos seus pais. Para tanto, é fundamental que os profissionais atuantes nas UTI's neonatais tenham uma assistência humanizada não voltada somente a conhecimentos técnicos científicos, mas também ao apoio à família do neonato, fornecendo com clareza informações sobre o quadro clínico e as intervenções necessárias para recuperação do recém-nascido (LUZ *et al.*, 2019).

“algumas situações a gente tem um vínculo maior, ou porque os pais estão mais presentes, ou porque a gente tem essa coisa do ser humano, se vinculando mais com um ou com os outros, mas a gente tenta manter o vínculo para lidar bem com aquela criança e tentar passar para eles tudo

que está acontecendo da melhor forma possível” (P3 – médica).

“seria maravilhoso tu poder entender o que tem aquela família, poder realizar um cuidado diferente. O relacionamento com o familiar é o principal para todo mundo, não é só pra mim, acho que a equipe precisa melhorar essa questão do relacionamento (...) até um simples toque, ver a temperatura, para eles é o mundo ali, pra nós é uma coisa de rotina, (...) trocar fralda, o toque deles, quando estão agitados, ter um toque firme, eu acho que mesmo um bebê grave, que merece mais atenção, cuidados de alto-risco, eles podem fazer, e depois, terão mais liberdade” isso” não tem um porquê, uma explicação e tu muitas vezes fica, né, cheia de restrições e tu não sabe o que fazer ou porque tu ta fazendo então acho bem mais complicado” (P5 – enfermeira).

Para os servidores, a atenção individualizada é necessária para uma boa qualidade do serviço. Conhecer as famílias, se vincular aos pais, entender o modo como vivem parece ser estratégias para este cuidado.

A boa relação estabelecida entre os profissionais e os familiares é o centro do cuidado. Ter a família como sujeito dos cuidados prestados requer atitudes profissionais como o compartilhamento de informações, o respeito mútuo e a colaboração. Para Cruz e Angelo (2018) o bom relacionamento com os familiares é integrado por três categorias: abrir-se para a família, manter uma comunicação eficaz com a família e conviver em equilíbrio consigo e com a família.

Abrir-se para a família engloba acolher, ser um profissional de referência, pensar além da crença, ser alguém que a família confie. Esta relação é construída desde o primeiro contato e reafirmada continuamente, durante toda internação. Manter uma comunicação eficaz com a família abrange ter disponibilidade e tempo, iniciativa, utilizar linguagem verbal adequada, manter uma escuta ativa, haver confiança, realizar perguntas, deixar claro o seu papel para a família. Conviver em equilíbrio consigo e com a família consiste em ter empatia, abster-se de julgamentos e respeitar a família. Nesse sentido, a comunicação eficaz com a família é o centro do bom relacionamento, entendendo que a confiança, empatia e não emissão de julgamentos podem ser incluídos na prática assistencial (CRUZ; ANGELO, 2018).

“a gente tem uma afinidade melhor com um ou outro. Sempre tento conversar, me apresentar para que eles confiem em mim, porque, na verdade, eles tão deixando o filho deles nos meus cuidados, então eu acredito que eu tento passar isso pra eles. (...) Como são muitas pessoas eu acredito que muitas vezes os pais vão para casa com dúvidas (...) e tire dúvidas e até questões simples, como tocar no bebê, muitas vezes eles ainda não fizeram isso, então acho que eu tenho bastante dificuldade nessa parte de relacionamento mesmo, com os pais, acho que eu poderia aprimorar mais (P5 – enfermeira).

“Eles confiam bastante no meu serviço em função do que eu demonstro, eu demonstro confiança e eles também demonstram isso (...) Eu não tenho problema, acho bem tranquilo, conversando antecipadamente com os pais, explicando o que vai ser feito, eu acho que não teria problema. (...) Eu acho que é mais o diálogo multiprofissional, não só o profissional que está responsável pelo bebê naquele turno, mas da equipe em geral” (P10 – técnica de enfermagem).

O diálogo foi evidenciado pelos servidores como essencial no cuidado ao recém-nascido. Estimular o toque, demonstrar confiança, explicar o que irá acontecer.

A empatia permite reconhecer as necessidades do outro, satisfazê-las e buscar formas de ajuda-las em suas dificuldades. A escuta e o diálogo são necessários para a qualidade e continuidade do cuidado. As relações humanizadoras englobam as trocas, moldando-se para cuidar daquela família, formando laços, sentimento de partilha, de se colocar no lugar do outro e fazer com que a família se sinta compreendida (ARAGÃO et al., 2019).

“Então acho que as vezes falta a gente na verdade acho que quase sempre falta a gente se colocar um pouquinho na situação, mas acho que nosso papel é muito importante, ainda a gente é o elo mais próximo deles com a criança e até com os outros profissionais, a gente é quem tá mais em contato com eles, com as famílias. A gente tem um campo muito vasto para trabalhar com eles e as vezes a gente não faz” (P2 – enfermeira).

“A gente poderia ensinar mais, de repente, quando o paciente puder, do desenvolvimento do paciente, desenvolvimento motor, ensinar mais as coisas, como faz estimulação, porque as vezes não dá tempo de a gente ensinar, em função de que, às vezes, tem muito paciente, e a gente precisa dar atenção para os outros pacientes, e acaba com menos tempos de fazer essas coisas, esse tipo de coisa” (P9 – fisioterapeuta).

“Procuro me relacionar bem, explicar o máximo, me colocar no lugar deles, do pai e da mãe que estão ali, e pensar como eu gostaria de ser atendida naquele momento, pelo menos dentro do que a gente pode fazer em um serviço público (...) tentar dialogar mais, explicar. Eu acho que o principal é a presença deles, o apoio pra criança, apesar de ser recém nascida, participar, as vezes até numa decisão de tratamento e alguma coisa, acho que isso a gente faz pouco, a gente coloca eles pouco no rol e a gente ainda julga que a gente decide tudo né mas acho que isso a gente tem que começar, que é o futuro, deles participar na medida do entendimento deles, que tem algumas coisas que não são possíveis eles decidirem, mas acho que isso sim de eles colocar mais, ser mais participativos na tomada de decisões do filho e das coisas” (P11 – médica).

Para os servidores se colocar no lugar do outro, ensinar mais, inclusive sobre aspectos importantes para o desenvolvimento e estimulação do recém-nascido, é importante para o cuidado e qualidade da assistência. Também ressaltam a

importância da presença deles até mesmo sobre o tratamento do filho.

Para Braguetto e Jacob (2011) no ambiente de UTI NEONATAL, os laços afetivos entre pais e filhos correm o risco de se tornarem superficiais, em razão dos longos períodos de internação, das rotinas impostas pela instituição e condições clínicas da mãe e da criança. Nesse aspecto, o atendimento psicológico torna-se fundamental para que possam falar sobre esses sentimentos, dando novos significados ao momento em que estão vivendo, nomeando a experiência e rearticulando o processo.

Quanto ao medo do futuro e necessidades especiais dos recém-nascidos, estudo (FIRMINO *et al.*, 2020) evidenciou que o ambiente de UTI é amedrontador, onde os pais não entendem o motivo da internação e vivenciam incertezas sobre o prognóstico. Cabe aos profissionais da saúde esclarecer os diagnósticos e tratamentos, as previsões de mudança da terapêutica, estimulando a realizar cuidados como banhos, trocas de fralda e oferecimento de leite, acolhendo assim estes familiares.

A perspectiva de familiares pode ser valiosa no planejamento e na inserção da assistência, bem como uma avaliação individualizada das necessidades para a qualidade de vida, incluindo facetas do cotidiano. É importante ressaltar que o segmento da criança em serviço especializado, o acompanhamento nas unidades de atenção por profissionais de saúde, em serviços com diferentes níveis de complexidade, deve considerar a avaliação da qualidade de vida como um aspecto essencial nas funções neurológicas e cognitivas da criança internada em UTI NEONATAL (DUTRA *et al.*, 2019).

“Inclusive essas questões, de comemorar cada mês que o bebê está aqui. Eu acho que é uma coisa que talvez a gente não consiga nem dimensionar o quanto isso aproxima as famílias e faz com que eles criem vínculos com os filhos deles mesmo” (P4 – fonoaudióloga).

“Eu tento ser o mais profissional possível, mas as vezes tu acaba te envolvendo de uma forma mais específica com alguns casais, com algumas famílias, até mesmo por eles serem mais suscetíveis a conversa e as vezes por passar muito tempo aqui na unidade eles acabam puxando conversa contigo e tu acaba tendo uma afinidade melhor com alguns” (P6 – secretário).

“Quando o negócio acontece ali a situação sendo boa ou ruim a equipe está toda ali, dão apoio, comemoram junto, choram junto. Acho que cada coisa é feita no seu momento” (P8 – higienização).

Os servidores evidenciaram a importância de uma prática realizada na UTI, que é comemorar o aniversário de cada mês dos bebês internados. Além disso, ressaltam que possuem maior afinidade com alguns pais e que em situações difíceis ou felizes a equipe está sempre unida, comemorando ou chorando.

A equipe multiprofissional se esforça em amenizar o sofrimento dos pais durante a experiência de hospitalização dos filhos. Ao facilitar a formação de vínculo, por meio das necessidades individuais, atenuam-se sentimentos negativos e favorece os positivos, como alegria, amor e gratidão (FERMINO *et al.*, 2020).

Destaca-se que a equipe de enfermagem realiza atividades assistenciais baseada nas realidades dos familiares, utilizando ferramentas para melhoria da qualidade de saúde do recém-nascido. Essas atividades englobam processos assistenciais e na comunicação, reduzindo assim índices de eventos adversos, auxiliando no cuidado neonatal para qualificação dos profissionais quanto à cultura de segurança dos pacientes, desenvolvendo atividades e trocas eficientes e contínuas entre equipe e familiares (MATOS *et al.*, 2022).

No que se refere à interação profissional chefia equipe, os servidores afirmam que:

“Temos uma relação boa, porque é aquela pessoa que vai tentar organizar o serviço da melhor forma possível, para todos os lados, não só para os profissionais, mas para os pacientes, para os familiares, para o andamento geral do trabalho, então as cobranças são bastante, (...) eu acho que é importante e tem que existir regras para que as coisas funcionem, e eu sou adepta a isso acho que quando a gente é justo as coisas funcionam melhor e tu tem uma justificativa pra cobrar determinadas coisas” (P1 – fisioterapeuta).

“a gente consegue ter acesso, conversar, claro que algumas coisas de chefia são impostas, mas acho que a gente tem um poder de negociação bom aqui” (P2 – enfermeira).

Para os servidores a chefia da unidade é quem organiza o serviço do melhor modo possível, trata-se da pessoa que propõe regras e cobranças para uma melhor assistência. Além disso foi evidenciado que os servidores têm uma boa relação com a chefia, com acesso, conversa e trocas.

A gestão no serviço público trata-se de um desafio para os profissionais da saúde. Ao coordenar um grupo de profissionais e recursos envolvidos os gestores promovem a assistência à saúde pautada no comprometimento dos profissionais. Liderar uma equipe caracteriza-se pela capacidade de conduzir um grupo de

colaboradores, transformando e fortalecendo a equipe para um melhor desempenho. O chefe de uma unidade é escolhido pela instituição para comandar uma equipe de trabalho, com atribuições e responsabilidades para sua atividade. Já o líder não é legitimado por uma definição superior e sim por sua capacidade de influenciar pessoas, inspirar confiança, credibilidade, lealdade e comprometimento com os liderados (LUZ; MACHADO JÚNIOR, 2022).

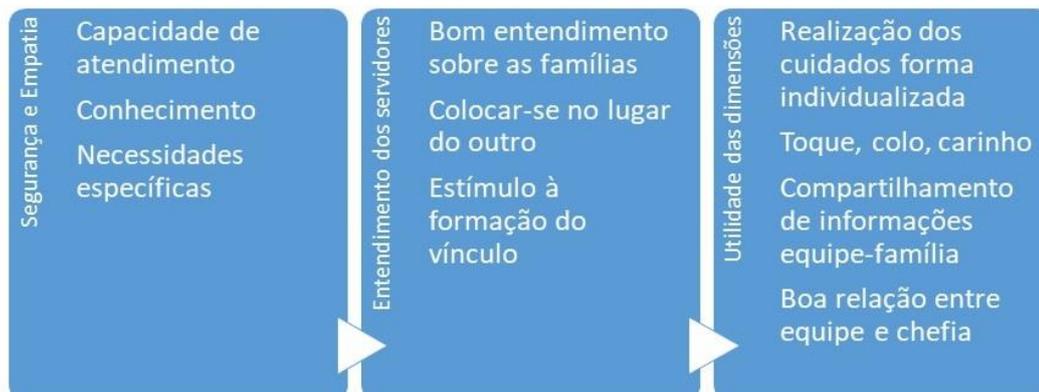
As organizações hospitalares baseiam-se nas práticas de Gestão de Recursos Humanos para alinhar as práticas e estratégias organizacionais, refletindo em melhorias para o gerenciamento e coordenação dos funcionários (ARAÚJO; FREITAS; ARAÚJO, 2021). O gestor deve ser capaz de ver os objetivos propostos, esforçando-se para alcançá-los, com autocontrole na tomada de decisões e em momentos de crise, cumprindo ordens e julgando as pessoas certas para determinados lugares nos momentos exatos, compreendendo a diversidade da equipe (PARENTE; PARENTE, 2019).

O líder, nas organizações públicas de saúde, motiva seus colaboradores por meio da persistência, da habilidade nos relacionamentos e sensibilidade na tomada de decisões. Assim, a gestão no serviço público é vista pela competência da equipe em enfrentar conflitos, com habilidades interpessoais e resolutividade (LUZ; MACHADO JÚNIOR, 2022).

Nesse sentido, tendo em vista o processo interação família/chefias e equipe, dentro do entendimento da dimensão da segurança (entendida como a capacidade de atendimento, conhecimento e inspirar conhecimento) e da empatia (atenção individualizada e necessidades específicas), os servidores participantes deste estudo, entendem o serviço como um local que entende os familiares, questiona as necessidades dos membros da família, coloca-se no lugar do outro, demonstram empatia, estimulam a formação do vínculo por meio de cuidados e toque, explicam e compartilham informações sobre prognóstico e procedimentos, dão atenção aos pais, promovem um cuidado individualizado e têm boa relação com chefias e colegas.

A Figura 4 apresenta o resumo dos resultados obtidos na interação família/chefias e equipe, que formam as dimensões Segurança e Empatia, da qualidade do serviço em estudo:

Figura 4 – Visão geral das dimensões Segurança e Empatia



Fonte: Elaborado pela autora.

4.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO NA VISÃO DOS FAMILIARES

A percepção de qualidade em serviços trata-se de uma avaliação adquirida por experiências vivenciadas, por meio de expectativas e desejos dos usuários. A qualidade pode ser vista como uma propriedade, atributo ou condição a partir de uma perspectiva do cliente sobre determinado serviço, com influência direta no nível de satisfação com o serviço (AGUIAR; APPIO; BARBIERI, 2018).

Para avaliar a qualidade do serviço da UTI NEONATAL também levou-se em consideração a satisfação dos familiares. Visto que revela a necessidade de incorporar ações e avaliação de qualidade baseada nas experiências vivenciadas pelos familiares durante o período de internação. Assim, a avaliação deste serviço para os familiares entrevistados neste estudo permitiu a identificação de conteúdos significativos por meio das informações obtidas, e por meio da análise emergiram alguns temas, como: aspectos físicos e estruturais do serviço; confiabilidade no serviço; agilidade nas demandas do serviço; conhecimento e segurança nos servidores; individualidade do cuidado.

4.3.1 Aspectos físicos e estruturais do serviço

Os aspectos físicos e estruturais do serviço englobam a dimensão da tangibilidade, que refere-se a materiais, equipamentos, instalações físicas, além das aparências e tratamento dos colaboradores. Os aspectos tangíveis tendem a

chamara a atenção dos usuários, pela percepção de qualidade do serviço (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985).

No Quadro 5, serão apresentadas as questões referentes a esta dimensão, identificadas por Q1, Q2, Q3, Q4, Q5 e Q6, onde o Q refere-se à questão e os números indicam a ordem que foram questionados. As respostas serão apresentadas com a utilização de porcentagem simples, tendo em vista que as respostas foram sim ou não, na maior parte dos questionamentos.

Quadro 5 – Dimensão da Tangibilidade

	Perguntas	Sim	Não
Q1	As instalações físicas da sala de espera e local de internação dos bebês são visualmente atrativas e confortáveis?	88,2%	11,8%
Q2	A equipe de saúde que cuida do seu filho usa roupas (uniformes) limpas e tem boa aparência?	100%	
Q3	A UTI NEONATAL lhe forneceu material informativo, como panfletos, sobre o funcionamento do serviço?	88,2%	11,8%
Q4	As instalações físicas da UTI NEONATAL são bem conservadas?	100%	
Q5	E as condições de higiene do setor? Como são?	*	
Q6	Você tem alguma sugestão sobre essas questões?	35,3%	64,7%

* Todos familiares entrevistados responderam "Boas ou Ótimas ou Tudo bem organizado e limpinho".
Fonte : Elaborado pela autora.

Nesse aspecto, dos 100% dos familiares entrevistados, 88,2% referiram que as instalações físicas da sala de espera e local de internação dos bebês, da UTI NEONATAL, são visualmente atrativas e confortáveis e 11,8% referiram que não. Quando questionados se a equipe de saúde usava roupas e uniformes limpos e se tem boa aparência 100% responderam que sim. Outra questão é se a UTI NEONATAL forneceu material informativo, como panfletos, sobre o funcionamento do serviço, onde 88,2% dos familiares responderam que sim e 11,8% que não. Além disso, foram questionados se as instalações físicas da UTI NEONATAL são bem conservadas e 100% responderam positivamente. Também foram questionados sobre as condições de higiene do setor e 100% dos entrevistados responderam que eram "Boas ou Ótimas ou Tudo bem organizado e limpinho".

Nesse aspecto, também foi questionado se tinham alguma sugestão para o serviço e 64,7% disseram que não. No entanto, 35,3% disseram que sim e forneceram algumas sugestões para melhorias, tais como:

"conforto na sala de espera para os pais que ficam o dia todo" (F1).

“a sala de espera né, melhorar um pouquinho, a cadeira, aquelas ali, cadeiras melhores” (F2).

“Para melhorar? Assim, acredito que pelas trocas de plantão e tudo mais, quando eu cheguei eu não fui orientada como eu esgotaria, então isso me judiou bastante, tanto que acabou machucando meu seio e tudo mais, porque a técnica (de enfermagem) achou que eu já sabia, então foi um erro de comunicação entre eu e ela, e aí, claro, como era o primeiro dia que eu tava chegando eu não sabia tudo, não sabia muito, (...) quando uma mãe chega, de perguntar se é a primeira vez que tá aqui, como funciona, se já esgotou antes, se não esgotou, se é a primeira vez que tá tendo contato com o filho, só isso” (F3).

“Umhas poltronas pra gente” (F4).

“Só a sala de espera, mais cadeiras, eu acho, pra sentar, porque só tinham duas, né, e ai era bem complicado” (F9).

“A sugestão que nós tínhamos era um bebedouro, mas já está posto, então quer dizer que tudo tá conforme” (F12).

As sugestões apresentadas pelos familiares citam a sala de espera, como um lugar que deveria acolher mais os familiares, ter mais conforto. Além disso, um familiar citou as falhas de comunicação no processo de trabalho, onde não sabiam que a mesma nunca havia realizado a ordenha mamária.

A comunicação efetiva e o trabalho multiprofissional são determinantes na qualidade e segurança do paciente. Além de ser uma das metas internacionais mais importantes para prevenir falhas ou eventos adversos evitáveis aos pacientes preconiza-se que envolva linguagem clara, técnicas de comunicação eficientes. As dificuldades para a efetivação da comunicação efetiva ainda ocorre nas transições de plantão inadequadas, onde a troca de informações não ocorre de maneira adequada e satisfatória (SANTOS *et al.*, 2021).

No que se refere à percepção das famílias sobre acolhimento em unidades neonatais foi identificado que o desconhecimento do ambiente implica na necessidade de acolhimento por parte dos profissionais. Fortalecer o diálogo, principalmente no início da internação, é um dos meios de amenizar o impacto de um local desconhecido (SOARES *et al.*, 2019).

Em estudo realizado sobre o significado de conforto na perspectiva de familiares de pacientes internados em UTI foi identificado que o conforto está relacionado com a ambiência e as expectativas em relação à UTI, além dos aspectos de humanização para um melhor acolhimento. A vivência de desconforto envolve a capacidade e as estratégias utilizadas para minimizar tal experiência (MENEQUIN *et al.*, 2019).

A participação da família incicia-se na sala de espera, local onde os mesmos permanecem por longos períodos aguardando para visitar ou receber notícias do familiar internado, passando a ter esse ambiente, muitas vezes, como uma extensão da sua casa. A disponibilidade de cadeiras é importante para o conforto no período que aguardam na sala de espera em UTI. Para atender as necessidades básicas dos usuários, o ambiente da sala de espera precisa ser agradável, limpo, privativo, próximo à UTI, equipado com móveis confortáveis, meios de distração e bebedouro (NEVES *et al.*, 2021).

Estudo sobre a qualidade e satisfação dos usuários de UTI's mistas identificou que quando a instituição é capaz de satisfazer as necessidades dos clientes acontecem melhores avaliações de qualidade do serviço (SANTOS *et al.*, 2015). Nesse sentido, a qualidade em saúde é conceituada como o conjunto de atributos relacionados à excelência profissional, ao uso eficiente de recursos, a um mínimo risco ao paciente e à elevada satisfação por parte deles. Em relação ao ambiente, proporcionar conforto e acolhimento possibilita melhorias na satisfação dos usuários (COSTA *et al.*, 2020).

Existem diferentes formas de trabalhar em grupo, e a intervenção em sala de espera é uma delas, pois favorece acolhimento, orientações corretas sobre doenças e tratamentos, possibilitando a compreensão do familiar além de contribuir para a promoção da saúde (ANDRADE *et al.*, 2022). A utilização de materiais impressos são centrais na prática de comunicação e educação em saúde. Elaborar cartilhas educativas e folhetos pode ser uma estratégia para melhor aderência às recomendações do serviço (HAHN; CORDEIRO, 2021).

A produção de conteúdos informativos no intuito de demonstrar experiências entre o cuidado do bebê, a elaboração de vídeos e panfletos, visam orientações aos cuidadores, considerando o momento delicado de internação e pós alta de um bebê internado em UTI NEONATAL. Assim, esses conteúdos podem ser disponibilizados também em redes sociais ou em formato de cartilhas, propondo a popularização do conhecimento (LOPES *et al.*, 2021).

As roupas privativas utilizadas nos hospitais, desde os anos 1960 a 70, com estilo cirúrgico, compostas por camisas de mangas curtas de algodão/poliéster azul ou verde e calças compridas fáceis de limpar, são utilizadas nos hospitais do mundo inteiro (O'DONNELL *et al.*, 2020). Essas roupas são higienizadas pelo serviço de lavanderia dos hospitais, que tem como responsabilidade processar e distribuir o

enxoval em perfeitas condições de higiene, conservação e quantidade adequada. O uniforme é utilizado para identificação dos profissionais e evitar a contaminação de suas roupas, visto que estão frequentemente expostos a riscos biológicos, químicos e físicos (PERES *et al.*, 2018).

Nesse sentido, a limpeza das áreas hospitalares tende a produzir um ambiente confortável, seguro e com sensação de bem estar aos pacientes, familiares e profissionais de saúde. A higienização hospitalar é considerada fundamental para o bem-estar físico e psicológico dos usuários e profissionais, bem como favorece o controle e prevenção de infecções no âmbito hospitalar (CASTRO *et al.*, 2021).

A Figura 5 apresenta o resumo dos resultados obtidos da dimensão tangibilidade, da qualidade do serviço em estudo, para os familiares entrevistados:

Figura 5 – Visão tangibilidade



Fonte: Dados da pesquisa.

4.3.2 Confiabilidade no serviço

A confiabilidade no serviço expressa confiança na prestação do serviço oferecido, é uma dimensão da qualidade oferecida no atendimento. Assim, cabe aos profissionais compreender e praticar medidas para a manutenção de prazos prorrogados e prevenção de boas formas de comunicação e capacitação da equipe (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985).

No Quadro 6, serão apresentadas as questões referentes a esta dimensão, identificadas por Q1, Q2, Q3, Q4 e Q5, onde o Q refere-se à questão e os números indicam a ordem que foram questionados. As respostas serão apresentadas com a utilização de porcentagem simples, tendo em vista que as respostas foram sim ou não.

Quadro 6 – Dimensão da Confiabilidade

	Perguntas	Sim	Não
Q1	Quando o serviço promete fazer algo por você ou por seu filho, ele cumpre o prazo estabelecido?	100%	
Q2	Quando você tem algum problema com este serviço, eles tentam resolver, lhe deixando tranquilo?	100%	
Q3	A equipe de cuidados/servidores lhe passa confiança?	94,1%	5,9%
Q4	O serviço da UTI NEONATAL lhe fornece o que promete no tempo estabelecido?	94,1%	5,9%
Q5	Os registros e retornos das suas dúvidas são solucionados com eficiência pelo serviço?	94,1%	5,9%

Fonte : Elaborado pela autora.

Nesse aspecto, quando questionados se quando o serviço promete fazer algo por você ou por seu filho, ele cumpre o prazo estabelecido 100% dos familiares responderam que sim. Sobre a pergunta que trata de quando você tem algum problema com este serviço, eles tentam resolver, lhe deixando tranquilo, 100% também responderam positivamente. Quando questionados se a equipe de cuidados/servidores lhe passa confiança, 94,1% responderam que sim e 5,9% responderam que não. No questionamento sobre se o serviço da UTI NEONATAL lhe fornece o que promete no tempo estabelecido 94,1% responderam que sim e 9,9% responderam que não. E sobre registros e retornos das dúvidas, se são solucionados com eficiência pelo serviço 94,1% responderam que sim e 5,9% responderam que não.

Estabelecer confiança entre a equipe de saúde e os pacientes é essencial para a eficiência/eficácia do cuidado. Quando o usuário sente segurança frente aos cuidados que são oferecidos em determinado serviço torna-se mais colaborativo às práticas de saúde. Entende-se como essencial que existam pessoas capacitadas a reconhecer a interação profissional de saúde-cliente, estabelecendo atitudes de sensibilidade e empatia entre todos, contribuindo com a assistência humanizada e com a qualidade do serviço prestado (SANTOS *et al.*, 2015).

A qualidade nas organizações de serviços de saúde trouxe uma nova lógica na prestação de cuidados de saúde, com um conjunto de padronização de procedimentos e organização interna das estruturas das organizações em saúde. Nesse sentido, os profissionais de saúde podem adotar comportamentos estratégicos para contornar os conteúdos das normas e padrões escritos, para melhor dominar as mudanças organizacionais provocadas pelas iniciativas de qualidade. Esta qualidade resulta em um conjunto de processos de gestão que interfere com o nível de cumprimento dos processos e serviços, por meio da motivação e grau de satisfação dos usuários (SILVA, 2019).

A confiança é compreendida pelos pais de UTI NEONATAL como a esperança em alguém, sentimento de certeza, tranquilidade, sossego de quem confia. À medida que recebem orientações e sentimentos positivos da equipe, principalmente por meio do diálogo, possuem uma relação de confiança, na qual a equipe identifica as necessidades da família e do paciente (CEDRAZ *et al.*, 2013).

A confiabilidade refere-se à habilidade do provedor de saúde prestar o serviço de forma confiável e precisa. Nesse sentido, um dos fatores que pode aumentar a confiança nas instituições de saúde estão o relacionamento interpessoal e as habilidades de comunicação da equipe multiprofissional com pacientes e familiares (DORIGAN, 2021).

A Figura 6 apresenta o resumo dos resultados obtidos da dimensão confiabilidade, da qualidade do serviço em estudo, para os familiares entrevistados:

Figura 6 – Visão confiabilidade



Fonte: Elaborado pela autora.

4.3.3 Agilidade nas demandas do serviço

A agilidade nas demandas do serviço refere-se à dimensão da presteza, que pode ser relacionada com a disponibilidade, interesse e prontidão dos colaboradores em resolver e solucionar problemas dos clientes (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985).

No Quadro 7, serão apresentadas as questões referentes a esta dimensão, identificadas por Q1, Q2 e Q3, onde o Q refere-se à questão e os números indicam a ordem que foram questionados. As respostas serão apresentadas com a utilização de porcentagem simples, tendo em vista que as respostas foram sim ou não.

Quadro 7 – Dimensão da Presteza

	Perguntas	Sim	Não
Q1	O serviço realiza procedimentos em seu bebê sem o seu conhecimento?	5,9%	94,1%
Q2	Você fica seguro quando a equipe de saúde realiza procedimentos em seu bebê?	100%	
Q3	A equipe de saúde lhe atende quando você pede ajuda e/ou solicita?	100%	

Fonte : Elaborado pela autora.

No que se refere à dimensão da presteza, quando questionados se o serviço realiza procedimentos em seu bebê sem o seu conhecimento 94,1% responderam que não e 5,9% responderam que sim, porém estes que afirmaram que sim evidenciam que "faziam exames mas comentavam no outro dia". Outro questionamento realizado foi se ficam seguros quando a equipe de saúde realiza procedimentos em seu bebê, onde 100% responderam que sim. Também foram questionados se a equipe de saúde lhe atende quando você pede ajuda e/ou solicita e 100% responderam que sim.

A satisfação de um serviço está relacionada com a identificação e atendimento das necessidades dos usuários. A informação do tempo e horário de execução do serviço está relacionada com a qualidade do serviço ofertado. A perspectiva dos clientes sobre a clareza do serviço prestado, da disponibilidade de tirar dúvidas, no domínio na prestação do serviço, do atendimento padronizado e sem distinção estabelece a importância da continuidade da competência por meio de profissionais qualificados (AGUIAR; APPIO; BARBIERI, 2018).

Em estudo sobre as vivências dos familiares de prematuros internados em UTI NEONATAL foi identificado que um dos fatores que auxilia na transição de sentimentos é a oferta de informações sobre o bebê pelos profissionais de saúde. Os pais ficam mais esperançosos e menos ansiosos quando recebem informações sobre o filho. Quando a família estabelece confiança na equipe faz com que acredite que o bebê é assistido com qualidade (LIMA *et al.*, 2017).

Quando as informações são passadas aos pais de forma clara ocorre o compartilhamento integral das informações, proporcionando a aproximação da equipe com a família (RODRIGUES *et al.*, 2019). Ao explicar para os pais os procedimentos e cuidados que o bebê precisa a equipe de saúde auxilia e gera segurança, diminuindo o estresse. Além disso, as dificuldades vivenciadas pelas mães podem ser amenizadas através de informações adequadas ao seu entendimento (LEITE *et al.*, 2016).

Em estudo realizado sobre a vivência em uma unidade de terapia intensiva neonatal foi identificado que com a falta de conhecimento a mãe acaba se tornando coadjuvante no processo de cuidado ao recém nascido e com dificuldade na formação do vínculo. Além disso, as mães demonstraram confiança nos profissionais de saúde, confiando e acreditando no cuidado dos profissional aos filhos internados (CECAGNO *et al.*, 2020).

A Figura 7 apresenta o resumo dos resultados obtidos da dimensão presteza, da qualidade do serviço em estudo, para os familiares entrevistados:

Figura 7 – Visão presteza



Fonte: Dados da pesquisa.

4.3.4 Conhecimento e confiança nos servidores

O conhecimento e confiança nos servidores abrange a dimensão da segurança, que é compreendida como gentileza, cordialidade, segurança, comportamento e atitudes em inspirar confiança no serviço executado. Envolve o grau de confiança na equipe, bem como conhecimento e habilidade técnica da mesma. Os atributos da segurança negociam com a educação e cordialidade do servidor (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985).

No Quadro 8, serão apresentadas as questões referentes a esta dimensão, identificadas por Q1, Q2, Q3, Q4, Q5 e Q6, onde o Q refere-se à questão e os números indicam a ordem que foram questionados. As respostas serão apresentadas com a utilização de porcentagem simples, tendo em vista que as respostas foram sim ou não, na maior parte dos questionamentos.

Quadro 8 – Dimensão da Segurança

	Perguntas	Sim	Não
Q1	Você acredita nas informações recebidas pela equipe de saúde que cuida do seu filho?	100%	
Q2	Você se sente seguro em usar este serviço?	100%	
Q3	Você sai tranquilo na hora de ir embora?	82,4%	17,6%
Q4	Os membros da equipe são educados e demonstram conhecimento no que realizam?	100%	
Q5	Os membros da equipe passam segurança quando comentam e/ou realizam algum procedimento na sua frente?	100%	
Q6	Você faz o que os profissionais pedem? Você segue as orientações deles?	100%	

Fonte : Elaborado pela autora.

Na dimensão da segurança, os familiares foram questionados sobre se acreditam nas informações recebidas pela equipe de saúde, onde 100% responderam que sim. Também foram questionados se sentem-se seguros em utilizar este serviço, onde 100% responderam que sim. Além disso, foram entrevistados se saem tranquilos na hora de ir embora, sendo que 82,4% responderam que sim e 17,6% responderam que não. Dos entrevistados que responderam que não, afirmaram que :

"Não, porque eu tinha que deixar elas. Não pelo serviço, por deixar elas"
(F9).

“Não tinha como sair tranquila, eu estava deixando ela. Saia angustiada por deixar ela, não pelo serviço” (F16).

Os familiares foram questionados se os membros da equipe são educados e demonstram conhecimento no que realizam e 100% responderam que sim. Também foram questionados se os membros da equipe passam segurança quando comentam e/ou realizam algum procedimento na sua frente e 100% disseram que sim. Por fim dessa dimensão foram questionados se fazem o que os profissionais pedem e se seguem as orientações deles e 100% responderam que sim.

Amenizar o dano emocional causado nos pais pela internação de um filho em UTI NEONATAL é um dos objetivos das equipes de saúde. A interação, apoio, ensinamentos, e incentivo aos familiares no toque e carinho são formas de facilitar essa interação (COELHO *et al.*, 2018).

Estudo realizado sobre as vivências do pai de filhos prematuros foi identificado que os pais referem não saber exatamente o que está acontecendo com seus filhos, sentindo-se desconfortáveis com a situação e o medo do que possa ocorrer (BARCELLOS; ZANI, 2017). A percepção dos pais sobre os cuidados da equipe de saúde que realiza os cuidados diz que ainda há falhas em relação ao cuidado centrado na família, nas quais a comunicação, por meio de uma escuta ativa e maior sensibilidade em relação à família é um elo de confiança em relação à saúde do bebê e a família (SILVA *et al.*, 2021).

A abordagem da segurança do paciente no âmbito hospitalar associada à busca por melhorias da qualidade da assistência das instituições de saúde refere-se à diminuição de danos relacionados ao cuidado em saúde. Nesse meio, a comunicação, como forma de proteger a segurança do paciente em cuidados críticos, está em ênfase. Trata-se de criar uma atmosfera de segurança e igualdade, onde os membros da equipe e os usuários sintam-se confiantes em expressar suas opiniões, por meio da troca de informações afetando diretamente a segurança do paciente (ALBANEZ *et al.*, 2022).

Os profissionais da saúde devem acolher a mãe e dar condições de participação ativa aos pais, fortalecendo o vínculo afetivo e ao mesmo tempo adaptando-os às normas e rotinas do ambiente hospitalar. O impacto proporcionado pelo ambiente tecnológico da UTI pode ser diminuído quando são orientados sobre os dispositivos utilizados na assistência aos seus filhos. O apoio dos profissionais, o diálogo e a manutenção de um ambiente em que os pais confiem na equipe de

saúde é essencial para a valorização do trabalho em UTI NEONATAL (SILVA; CARVALHO; MATHIOLLI, 2022).

A Figura 9 apresenta o resumo dos resultados obtidos da dimensão segurança, da qualidade do serviço em estudo, para os familiares entrevistados:

Figura 8 – Visão segurança



Fonte: Dados da pesquisa.

4.3.5 Individualidade do cuidado

A individualidade do cuidado abrange a dimensão da empatia, que refere-se a percepção das necessidades básicas do cuidado, o cuidado personalizado, atenção e acessibilidade de esforços prestados durante o atendimento. Atribui o relacionamento interpessoal, a postura do servidor na prestação do serviço, como um marcador diferencial na qualidade do serviço (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985).

No Quadro 9, serão apresentadas as questões referentes a esta dimensão, identificadas por Q1, Q2, Q3, Q4, Q5, Q6 e Q7, onde o Q refere-se à questão e os números indicam a ordem que foram questionados. As respostas serão apresentadas com a utilização de porcentagem simples, tendo em vista que as respostas foram sim ou não, na maior parte dos questionamentos.

Quadro 9 – Dimensão da Empatia

	Perguntas	Sim	Não
Q1	O serviço consegue realizar atendimento individualizado a cada cliente?	100%	
Q2	A equipe procura saber de suas necessidades pessoais e emocionais, fornecendo formas de ajudar você?	100%	
Q3	A equipe tem interesse em sua comodidade com o objetivo comum que é o bebê?	100%	
Q4	O serviço proporciona horários de acesso aos pais de acordo com a sua disponibilidade?	100%	
Q5	Você percebe que seu filho é bem cuidado?	100%	
Q6	Você recebe atendimento de outros membros da equipe além da enfermagem? Quem são essas pessoas?	94,1%	5,9%
Q7	Você tem alguma sugestão para melhoria do serviço?	23,5%	76,5%

Fonte : Elaborado pela autora.

Nessa dimensão, os familiares foram questionados se o serviço consegue realizar atendimento individualizado a cada cliente e 100% responderam que sim. Outro questionamento foi sobre se a equipe procura saber de suas necessidades pessoais e emocionais, fornecendo formas de ajudar você e 100% responderam que sim. Sobre se percebem que o filho é bem cuidado 100% respondeu que sim. Além disso, foram questionados se recebem atendimento de outros membros da equipe além da enfermagem e quem são essas pessoas. Nesse questionamento 5,9% responderam que não e 94,1% responderam que sim e citaram os seguintes profissionais: ortopedista, médicos, limpeza, residentes, cardiologista, genética, otorrino, secretários, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional e psicóloga.

Além desses questionamentos foram questionados se tinham sugestões para o serviço e 76,5% responderam que não e 23,5% responderam que sim, com as seguintes sugestões:

“umas duas ou três vezes ficou com vários leitos extras, aí acho que a demanda de crianças, poucos profissionais no momento, de contratação da equipe de enfermagem, acho que sobrecarregou um pouco o pessoal, mas sempre fui muito bem atendida, mas eu via que demandava muito do pessoal da enfermagem quando dava superlotação. Acho que a área de espera ali dos pais poderia ser um ambiente um pouco mais acolhedor (...). Eu acho que poderia ter umas rodas de conversa, umas orientações, falando também focando no pós alta na questão da estimulação precoce (...) para o desenvolvimento das crianças. A UTI NEO foi a nossa casa e vai ser a nossa casa para sempre, todas as vezes que a gente vem tem que vir na UTI NEO pra dar um oi, pra matar a saudade, porque virou nossa família, virou parte da família” (F1).

“a gente ficou assim esses 20 dias e ficamos extremamente surpresos com

a qualidade do serviço, com a estrutura fornecida... Apesar do sofrimento que a gente tava e do momento que a gente estava vivendo foi muito amenizado com a estrutura, com a qualidade da estrutura física, dos profissionais. Então para melhoria, a gente não tem sugestão, porque são maravilhosos, com todas as letras. Foram pessoas que nos acolheram bem e que nos passaram tranquilidade, segurança, a gente conseguiu passar esses 20 dias assim que, foi muito rápido e parece que a gente nem sentiu” (F3).

“não me vem nada na cabeça assim, porque eu achava tudo assim, maravilhoso, tipo passava confiança. A gente ia embora de lá tranquilo porque sabia que ele ia ficar bem cuidado, desde a ligação a gente ligava toda a hora para saber quando tava no intermediário e era bem atendido, eu acho que pra melhorar, acho que se melhorar estraga” (F5).

“eu não tenho do que reclamar, pra mim foi tudo ótimo, tudo excelente, até porque se não fosse por vocês, né, minha bebê não estaria aqui” (F6)
“Acho que mais na questão psicológica, assim, dos pais, sabe? É uma coisa até que a gente conversava, achava bem interessante, se tivesse algum núcleo de apoio, de voluntários, assim, pais, a gente se propositaria, assim, de vir, sabe? Porque é um susto, é tudo muito diferente, e eu acho bem importante quando tu tem uma rede de pais, pessoas, que já passaram por aqui te dar um apoio, conversar, ajuda a amenizar aquilo, te tranquiliza mais do que só os profissionais que tã ali” (F7).

“O cansaço ali na sala de espera, ter que ficar de pé muitas vezes, acho que é só o cansaço mesmo” (F9).

“Acho que melhor que aqui não há. Não teria lugar melhor para gente ter ido do que vim pra cá, e aqui com nós assim sempre foi né, a gente não teve do que reclamar, a gente sempre foi bem atendido, toda a dúvida que a gente tinha era tirada né, querendo a gente, sempre bem cuidado” (F12).

“a única coisa que eu senti, eu, como mãe de UTI, foi a questão de eu não ter leite suficiente, sabe? E via aquelas mães jogando leite fora, tiravam aquele monte de leite e sobrava e depois ia fora. (...) Eu sei que é caro, eu já tinha conversado com alguém, algumas enfermeiras técnicas, de um banco de leite, eu acho ajudaria muitas crianças, (...) mas o atendimento quando eu internei de madrugada até o último dia que eu fiquei com vocês é só agradecer mesmo. E a equipe de vocês é muito boa” (F13).

As sugestões dos familiares englobam a contratação de mais profissionais em casos de superlotação, grupo de pais para apoio psicológico com egressos da UTI NEONATAL, melhoria na infraestrutura da sala de espera e um banco de leite humano.

Em estudo que avaliou as contribuições das variáveis para a empatia e qualidade de vida foi identificado que na área da saúde, trata-se de um instrumento indispensável para o cuidado, tendo em vista que envolve a escuta ativa, identificação de problemas e de emoções vinculadas a eles e expressão de linguagem corporal. A empatia ainda pode estar relacionada com o sentimento de segurança do paciente como em aspectos técnicos e humanos (BORDIN *et al.*,

2019).

Para garantir uma boa qualidade na atenção aos recém-nascidos, além de organização e estruturação da rede de atenção que possibilita o acesso aos serviços, é necessário investimento em recursos humanos qualificados. No Brasil, apesar das regulamentações sobre a assistência neonatal têm-se dificuldade em atender as exigências mínimas para funcionamento das UTI's, tendo em vista a dificuldade de distribuição e oferta de recursos humanos (BITTENCOURT; GAIVA; ROSA, 2010).

As mães de uma UTI NEONATAL, ao serem questionadas sobre o atendimento prestado pela equipe multiprofissional, quanto à disponibilidade dos profissionais de esclarecer dúvidas, 91,2% responderam positivamente e quanto a assistência de forma geral 89,9% responderam de forma positiva. Além desses dados, informaram que 86% receberam atendimento psicológico, 59,6% do fonoaudiólogo, 63,2% do serviço social e 14% do nutricionista. Desses o profissional melhor avaliado foi o psicólogo (FERRARESI; ARRAIS, 2018).

Os sentimentos de incerteza e insegurança podem ser diminuídos com as informações pertinentes sobre o recém-nascido internado em UTI. Além disso é importante esclarecer dúvidas com o propósito de diminuir a ansiedade (SOARES *et al.*, 2019).

O acolhimento das famílias é um recurso da assistência à saúde desde o lançamento da Política Nacional de Humanização (PNH), definido como uma diretriz capaz de tornar o sistema de saúde mais resolutivo e com qualidade, facilitando, dinamizando e organizando o processo de trabalho dos profissionais. Trata-se de disponibilizar atendimento e ouvir atentamente a demanda dos usuários, compreendendo as reais necessidades integrando-as ao conhecimento científico, garantindo resolutividade e humanização no atendimento (MILAGRES *et al.*, 2022).

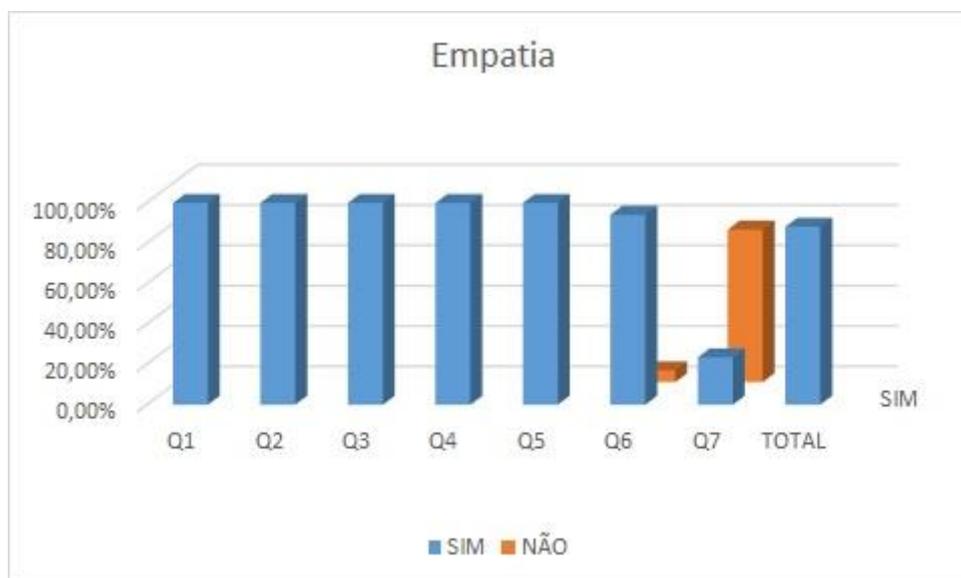
O respeito, dignidade e amor ao próximo são atitudes tomadas pelos profissionais para tornar mais humanas suas atividades diárias, resgatando a perspectiva afetiva, em oposição ao modelo tecnicista de atenção à saúde, dando ênfase a aspectos emocionais que envolvem o trabalho em UTI NEONATAL. Ao propor condutas individualizadas, estimula-se o bem-estar e a proteção do bebê, esclarecendo dúvidas, proporcionando auto-confiança e conforto (SOUZA E SILVA; MELO; SILVA, 2022).

O cuidado individualizado é imprescindível para o estabelecimento de uma relação interpessoal de qualidade entre pais e equipe, tendo em vista que com o estabelecimento de uma relação interpessoal de qualidade seja possível planejar estratégias efetivas de cuidado ao recém-nascido. Cabe à equipe transmitir segurança para que este processo se torne menos desgastante e doloroso à família (SILVA; CARVALHO; MATHIOLLI, 2022).

No que tange o banco de leite humano sua forma de incentivo ao aleitamento materno é enorme, pelo fato de proporcionar mais segurança às mães que estão passando por um momento de vulnerabilidade, por não estarem conseguindo amamentar seus filhos conforme imaginavam. Este fato ocorre com o apoio e orientação de profissionais que proporcionam momentos e experiências de uma mãe com a outra (SANTOS *et al.*, 2022).

A Figura 10 apresenta o resumo dos resultados obtidos da dimensão empatia, da qualidade do serviço em estudo, para os familiares entrevistados:

Figura 9 – Visão empatia



Fonte: Dados da pesquisa.

5 PROPOSTA DE MELHORIAS NO SERVIÇO

Ao avaliar a qualidade do serviço da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria, elaborou-se uma proposta de melhorias para adequar os serviços prestados às demandas dos servidores e familiares dos pacientes entrevistados neste estudo.

O acolhimento da família, integrando-os nos cuidados e discussões das melhores condutas e tratamento a serem realizadas é fundamental para que as experiências emocionais possam ocorrer, minimizando o estresse e sofrimento. Os grupos de pais, neste espaço, podem acolher a família, melhorar a comunicação, fornecer mecanismos para as famílias discutirem e compartilharem suas preocupações, promover a participação e autonomia da família nos cuidados e realizar o preparo para a alta hospitalar (BALBINO *et al.*, 2015).

Os momentos compartilhados em sala de espera, durante a hospitalização de um filho, trazem a angústia, o medo, a impotência e a tristeza como sentimentos evidenciados pelas famílias. Ocupar este espaço com ações multiprofissionais oferece acolhimento, prepara-os para a visita ao familiar, escutando-os e esclarecendo dúvidas, de acordo com suas necessidades. Além de uma estrutura que proporcione conforto e privacidade, busca-se a sensibilização, preparo, reconhecimento e valorização dos sentimentos e necessidades dos familiares (FRIZON *et al.*, 2011).

Trata-se propor ações de educação em saúde que possibilitem informações e ferramentas para a tomada de decisões conscientes, contribuindo para a promoção da saúde das famílias que utilizam o serviço da UTI NEONATAL. Tendo em vista a sugestão de formação de grupo de pais e a prática de projetos terapêuticos singulares entende-se que melhorias no conforto e acolhimento na sala de espera pode ser uma estratégia.

Identifica-se a necessidade de poltronas confortáveis, uma televisão que possa ser utilizada como ferramenta de atividades de educação em saúde, com vídeos sobre o serviço, gerenciamento de rotinas, sobre necessidades dos prematuros, cuidados de higiene, estimulação precoce, prevenção de infecções, aleitamento materno, método canguru, formação do vínculo. Além disso, grupo de pais para apoio psicológico com egressos da UTI NEONATAL poderia auxiliar no enfrentamento deste momento de internação de um filho em UTI.

Nesse sentido, os grupos proporcionariam às famílias o esclarecimento de dúvidas, apoio e segurança, compartilhando experiências e os sentimentos que estão vivenciando. Aproximar família e profissionais de saúde favorece o estreitamento das relações com a construção da confiança, que torna a família mais segura e atribui ao grupo significados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao avaliar a qualidade do serviço da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria e propor melhorias, identificou-se a estrutura disponível, os recursos humanos e tecnológicos, as necessidades dos familiares dos recém-nascidos internados, as demandas de aperfeiçoamento e satisfação dos servidores e por fim elaborou-se uma proposta de melhorias para adequar os serviços prestados às demandas dos servidores e familiares dos pacientes.

Obteve-se a participação de 38 pessoas, sendo 11 servidores e 17 familiares. A avaliação da qualidade do serviço em saúde foi identificada como uma forma de gerir os serviços públicos, uma busca do contexto no qual o serviço está inserido e como seus usuários se comportam. Ao realizar a avaliação desta atividade em saúde comparou-se o que ocorre na prática com o que é considerado a melhor intervenção possível, confrontando o que está sendo realizado cotidianamente com o que deveria ser feito.

A percepção de qualidade em serviços baseou-se na avaliação adquirida pelas experiências vivenciadas, expectativas e desejos dos usuários. A qualidade também foi identificada como uma propriedade, atributo ou condição a partir de uma perspectiva do cliente sobre determinado serviço, com influência direta no nível de satisfação deste com o serviço. Ao avaliar a qualidade do serviço da UTI NEONATAL foi dado voz aos familiares, refletindo sobre a necessidade de incorporar ações e avaliação de qualidade baseada nas experiências vivenciadas pelos familiares durante o período de internação.

Utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada, com roteiro previamente elaborado, baseada no modelo SERVPERF, tendo em vista que engloba a problemática da qualidade do serviço, o qual busca alcançar a excelência, na expectativa dos clientes em relação à determinado serviço. Nesse sentido, nos aspectos tangíveis da avaliação da qualidade do serviço na avaliação dos servidores foi identificado que a qualidade estrutural do serviço envolve recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e recursos financeiros para a assistência. Nesse aspecto, os servidores participantes deste estudo, entendem o serviço em questão como um local com boas instalações, equipamentos modernos e materiais suficientes, em condições de não superlotação. Referem também possuir boas

capacitações em equipe e que estas devem ser retomadas com certa frequência. Foi evidenciado a necessidade de formação de grupo de pais e a prática de projetos terapêuticos singulares.

Sobre os aspectos tangíveis, na avaliação dos familiares, 88,2% referiram que as instalações físicas da sala de espera e local de internação dos bebês, da UTI NEONATAL, são visualmente atrativas e confortáveis. Para 100% dos familiares as roupas e uniformes são limpos e os profissionais tem boa aparência. 88,2% dos familiares responderam que receberam material informativo, como panfletos, sobre o funcionamento do serviço. 100% responderam que as instalações físicas da UTI NEONATAL são bem conservadas. Sobre as condições de higiene do setor 100% dos entrevistados responderam que eram "Boas ou Ótimas ou Tudo bem organizado e limpinho".

As sugestões apresentadas pelos familiares citam a sala de espera, como um lugar que deveria acolher mais os familiares, ter mais conforto. Além disso, foi identificado falhas de comunicação no processo de trabalho, as quais poderia ser minimizadas por comunicação eficaz dos membros da equipe.

No que se refere a compreensão do serviço, dentro do entendimento da dimensão da confiabilidade (entende esta como os serviços oferecidos conforme prometido, confiabilidade na resolução de problemas/reclamações, serviços realizados de forma correta e serviços oferecidos nos prazos prometidos) e da presteza (capacidade de atender os usuários e fornecer o serviço prontamente, com uma noção de flexibilidade e habilidade para adaptar o serviço às necessidades dos usuários), os servidores participantes deste estudo, entendem o serviço como um local que organiza o trabalho de acordo com a gravidade dos bebês, preocupam-se em não manipular excessivamente as crianças, sentem-se realizados/valorizados profissionalmente, enxergam a continuidade do trabalho prestado, importam-se com questões de equipe, como trocar conhecimento, atendimento individualizado e lutam em favor da vida, em manter a amamentação.

Na dimensão da confiabilidade, 100% dos familiares responderam que quando o serviço promete fazer algo por você ou por seu filho, ele cumpre o prazo estabelecido. Também responderam positivamente para a pergunta que tratava de resolução de problemas, deixando-os tranquilos. 94,1% dos familiares afirmaram que a equipe de cuidados/servidores lhes passa confiança. 94,1% dos entrevistados responderam que o serviço da UTI NEONATAL fornece o que promete no tempo

estabelecido. Ainda, 94,1% responderam positivamente sobre registros e retornos das dúvidas, se são solucionados com eficiência pelo serviço.

No que se refere à dimensão da prestação, os familiares entrevistados, 94,1% responderam que o serviço não realiza procedimentos em seu bebê sem o seu conhecimento. 100% afirmaram que ficam seguros quando a equipe de saúde realiza procedimentos em seu bebê e 100% também afirmaram que a equipe de saúde atende-os quando pedem ajuda e/ou solicitam.

No processo de interação família/chefias e equipe, dentro do entendimento das variáveis do serviço, abrange duas dimensões: segurança e empatia. A segurança como a capacidade de atendimento, conhecimento e capacidade de inspirar conhecimento, e a empatia como o fornecimento de atenção individualizada que busca atender as necessidades específicas dos usuários.

Nesse sentido, tendo em vista o processo interação família/chefias e equipe, dentro do entendimento da dimensão da segurança (entendida como a capacidade de atendimento, conhecimento e inspirar conhecimento) e da empatia (atenção individualizada e necessidades específicas), os servidores participantes deste estudo, entendem o serviço como um local que entende os familiares, questiona as necessidades dos membros da família, coloca-se no lugar do outro, demonstram empatia, estimulam a formação do vínculo por meio de cuidados e toque, explicam e compartilham informações sobre prognóstico e procedimentos, dão atenção aos pais, promovem um cuidado individualizado e têm boa relação com chefias e colegas.

Na dimensão da segurança, 100% dos familiares afirmam que acreditam nas informações recebidas pela equipe de saúde. 100% também sentem-se seguros em utilizar este serviço. Além disso, foram questionados se saem tranquilos na hora de ir embora, sendo que 82,4% responderam que sim.

Os familiares foram questionados se os membros da equipe são educados e demonstram conhecimento no que realizam e 100% responderam que sim. Também foram questionados se os membros da equipe passam segurança quando comentam e/ou realizam algum procedimento na sua frente e 100% disseram que sim. 100% dos familiares entrevistados afirmam que fazem o que os profissionais pedem e seguem as orientações deles.

Os familiares foram questionados se o serviço consegue realizar atendimento individualizado a cada cliente e 100% responderam afirmativamente. 100% dos

familiares responderam que a equipe procura saber das necessidades pessoais e emocionais, fornecendo formas de ajudar. 100% responderam que percebem que o filho é bem cuidado. Além disso, citaram os seguintes profissionais na realização dos cuidados ao filho internado em UTI, além da equipe de enfermagem: ortopedista, médicos, limpeza, residentes, cardiologista, genética, otorrino, secretários, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional e psicóloga.

As sugestões dos familiares englobam a contratação de mais profissionais em casos de superlotação, grupo de pais para apoio psicológico com egressos da UTI NEONATAL, melhoria na infraestrutura da sala de espera e um banco de leite humano.

REFERÊNCIAS

- ADRIANO, A. P. S. *et al.* Mortalidade neonatal relacionada à prematuridade. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, e27511421565, 2022.
- AGUIAR, L. C. S. *et al.* Perfil alimentar de recém-nascidos prematuros internados na unidade neonatal. **Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 37, p. 424-434, 2022.
- AGUIAR, J. L.; APPIO, J.; BARBIERI, W.L.P. Análise da percepção de qualidade em serviços de beleza ecuidados pessoais: uma aplicação da escala SERVPERF em um salão de beleza. *In*: Congresso Internacional de Administração, **Anais...** 2018.
- ALBANEZ, R. S. *et al.* Cultura de segurança do paciente percebida por profissionais de saúde que atuam em unidades de terapia intensiva. **Enciclopédia Biosfera**, v. 19, n. 39, p. 74-89, 2022.
- ALVES, M. J.; Ação interdisciplinar de promoção í saúde no programa escola da família: relato de experiência de residentes do programa multidisciplinar em saúde da família. **Nursing**, v. 22, n. 252, p. 2875–2877, 2019.
- ALVAREZ, M. **Gestão de qualidade, produção e operações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2012.
- ALMEIDA, H. O. C.; GÓIS, R. M. O. **Avaliação da satisfação do paciente: indicadores assistenciais de qualidade**. *Revista Administração Saúde*, v. 20, n. 81, e244, 2020.
- AMIN, S.; KHAN, M. J. Service quality in small and medium indian private hospitals : examining maternity patients' perception using SERVPERF model. **Turkish Online Journal of Qualitative Inquiry**, v. 13, n. 1, p. 1284-1294, 2022.
- ANDRADE, J. M. M. *et al.* Presença de fatores terapêuticos grupais em sala de espera. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 24, n. 68907, p. 1-8, 2022.
- ARAGÃO, L. B. *et al.* Valorização da família no processo de cuidado : atitudes de enfermeiros em unidade neonatal. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, v. 18, n. 1, e45114.
- ARAÚJO, K. M.; LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciência, Saúde**, v. 21, n. 4, p. 1261-81, 2014.
- ARAÚJO, V. G. C.; FREITAS, W. R. S.; ARAÚJO, E. G. Administração inovadora e sustentável: análise e perspectivas. *In*: IV Simpósio Sul-Mato-Grossense de Administração, **Anais...** 2021.
- BALBINO, F. S.; BALIEIRO, M. M. F. G.; MANDETTA, M. A. Avaliação da percepção do cuidado centrado na família e do estresse parental em unidade neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, n. e2753, 2016.

BALBINO, F. S. *et al.* Grupo de apoio aos pais como uma experiência transformadora para a família em unidade neonatal. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 2, p. 297-302, 2015.

BANHARA, F. L. *et al.* Visitação aberta em unidade de terapia intensiva neonatal: percepção da equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, n. e33461, 2018.

BARBOSA, R. V. *et al.* Benefícios do round multidisciplinar na unidade de terapia intensiva. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 17989-18001, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Maria-Aurea-Catarina-Passos-Lopes/publication/348340188_Beneficios_do_round_multidisciplinar_na_unidade_de_terapia_intensiva_Benefits_of_the_multidisciplinary_round_in_the_intensive_therapy_unit/links/61d81d4ad4500608169366db/Beneficios-do-round-multidisciplinar-na-unidade-de-terapia-intensiva-Benefits-of-the-multidisciplinary-round-in-the-intensive-therapy-unit.pdf?origin=publication_detail. Acesso em: 1 abril, 2022.

BARBOSA, E. C. V.; RODRIGUES, B. M. R. Humanização das relações com a família: um desafio para a enfermagem na UTI pediátrica. **Acta Scientiarum**, v. 26, n. 1, p. 205-212, 2004.

BARCELLOS, A. A.; ZANI, A. V. Vivências do pai em face do nascimento do filho prematuro: revisão integrativa. **Journal Health Biology Science**, v. 5, n. 3, p. 277-285, 2017.

BARDIN, L *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1994.

BEZERRA, F. D. *et al.* Perinatal care in a northeastern brazilian state: structure, work processes, and evaluation of the components of essential newborn care. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, n. 2, p. 140-148, 2019.

BITTENCOURT, R. M.; GAIVA, M. A.; ROSA, M. K. O. Perfil dos recursos humanos das unidades de terapia intensiva neonatal de Cuiabá, MT. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p.258-265, 2010.

BOLTON, R. D.; DREW, J. H. A multistage model of customers' assessment of service quality and value. **Journal of Consumer Research**, v. 17, n. 4, p. 375-84, 1991. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/2626833>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

BONACIM, C. A. G.; ARAUJO, A. M. P. Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. **Revista de Administração Pública**, v. 44, n. 4, p. 903-931, 2010.

BORDIN, D. *et al.* Relação entre empatia e qualidade de vida : um estudo com profissionais da atenção primária à saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, e-1253, 2019. Disponível em : <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1253.pdf>. Acesso em: 10 maio 2022.

BOWERS, M. R.; SWAN, J. E.; KOEHLER, W. F. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? **Health Care Management Review**, v. 19, n. 4, p. 49-55, 1994.

BRAGA JUNIOR, S. S.; ALONSO JUNIOR, N.; SATOLO, E. G. A qualidade do serviço no varejo supermercadista avaliada pelo RSQ (Retail Service Quality). **Espacios**, v. 35, n. 3, p. 8-, 2014. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/167596>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRAGUETO, A. C. M.; JACOB, A. V. Suporte psicológico às mães de prematuros em uma UTI Neonatal : relato de experiência. **Saúde & Transformação Social**, v. 1, n. 3, p. 174-178, 2011.

BRASIL. Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Dispõe sobre normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *In: Diário Oficial da União*, Brasília, DF: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), 2016.

BRASIL. Lei nº 12550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. *In: Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011.

CABEÇA, L. P. F.; SOUSA, F. G. M. Dimensões qualificadoras para a comunicação de notícias difíceis na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Cuidado É Fundamental**, v. 9, n. 1, p. 37-50, 2017.

CAMILO, B.H.N. *et al.* Comunicação de más notícias no contexto dos cuidados paliativos neonatal: experiência de enfermeiros intensivistas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, e20210040, 2022. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/rgenf/article/view/120316>. Acesso em 4 maio 2022.

CAMILLO, N. R. S. *et al.* Accreditation in a public hospital: perceptions of a multidisciplinary team. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 3, p. 423-430, 2016.

CARVALHO, E. *et al.* Inclusão e participação nos cuidados ao filho pré-termo na unidade neonatal: percepções paternas. **Revista Enfermagem UFSM**, v. 21, p. 1-19, 2019.

CASTRO, K. S. *et al.* Impacto da limpeza e higiene hospitalar no espaço de gestão do enfermeiro: revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, e46610313626, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/13626/12185/177260>. Acesso em: 10 maio 2022.

CECAGNO, D. *et al.* A vivência em uma unidade de terapia intensiva neonatal: um olhar expresso pelas mães. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 12, p. 566-572, 2020.

CEDRAZ, A. *et al.* O que pensam os pais sobre assistência de enfermagem a prematuros em UTI NEONATAL. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 94-101,

2013.

CERIOLI, D. *et al.* Análise da satisfação dos usuários dos serviços de clínicas médica e cirúrgica em um hospital do sudoeste do Paraná. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 11, n. 2, p. 106-122, 2014.

CERVILHERI, A. H. *et al.* Qualidade em hospital acreditado na percepção dos profissionais de enfermagem. **Cogitare enferm. [Internet]**. 2020 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.65470>>. Acesso em 10 de agosto de 2020. Configurações. 2ª edição. São Paulo: Atlas, 2003.

COELHO, A.S. *et al.* Equipe de enfermagem e a assistência humanizada na UTI neonatal. **Revista Ciência e Saberes**, v. 4, n. 1, p. 873-877, 2018.

CORRÊA, C.E.C. *et al.* Aplicação do mapa de empatia sobre as ações educativas realizadas pelos profissionais de enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 75, n. 4, e20210478, 2022. Disponível em : <<https://www.scielo.br/j/reben/a/6PZmpbWZT9CmqF6FprzRzYd/?lang=pt>>. Acesso em : 26 abril 2022.

COSTA, D. G. *et al.* Atributos de satisfação relacionados à segurança e qualidade percebidos na experiência do paciente hospitalizado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, e20190152, 2020. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/s5FCftxYlXbm4wQx6SgTZ5d/?lang=pt>. Acesso 12 maio 2022.

COSTA, M. C. G.; ARANTES, M. Q.; BRITO, M. D. C. A UTI Neonatal sob a ótica das mães. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n. 4, p. 698-704, 2010.

COSTA, J. D. *et al.* Contribuições do modelo SERVPERF para avaliação da qualidade dos serviços de saúde. **Revista Administrativa de Saúde Online**, v. 21, n. 84, e275, 2021. Disponível em : <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/275>. Acesso em : 12 maio 2022.

CRONIN, J.; TAYLOR, S. Measuring service quality: A reexamination and extension. **Journal of Marketing**, v. 56, n. 3, p. 55-68, 1992. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/1252296?seq=1>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

CRUZ, A. C.; ANGELO, M. Bom relacionamento com famílias no contexto neonatal e pediátrico : definição na perspectiva de enfermeiros. **Revista Sociedade Brasileira Enfermagem Pediátrica**, v. 18, n. 2, p. 69-77, 2018.

CUSTODIO, N. *et al.* Interações entre profissionais de saúde e mães de prematuros: influência no cuidado materno. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 1, p. e11659, 2016.

DABHOLKAR, P. A.; THORPE, D. I.; RENTZ, J. O. A measure of service quality for retail stores: scale development and validation. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 24, n. 3, 1996. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/242336507_A_measure_of_retail_service>

FERRARESI, M. F.; ARRAIS, A. da R.. Avaliação da Assistência Multiprofissional em uma Unidade Neonatal Pública na Perspectiva das Mães. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 18, n. 2, p. 381-390, 2018.

FERREIRA, P. L. *et al.* Validation and reliability analysis of the portuguese language version of needs of parents. Questionnaire. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 3, p. 221-227, 2010.

FIGUEIREDO, A. C. B. *et al.* Aleitamento materno de prematuros : revisão integrativa de 2015 a 2020. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, e-22011225301, 2022. Disponível em : <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/25301/22484/299663>. Acesso 4 maio 2022.

FIGUEIREDO, E. B. *et al.* Dez anos da educação permanente como política de formação em saúde no Brasil : um estudo das teses e dissertações. **Trabalho Educação Saúde**, v. 15, n. 1, p. 147-62, 2017.

FRAGA, E.; DITZ, E. S.; MACHADO, L.G. A construção da co-ocupação materna na unidade de terapia intensiva neonatal. **Cadernos Brasileiros Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 1, p. 92-104, 2019.

FREIRE, E. M. R. *et al.* Vivências de enfermeiros no processo de avaliação da qualidade em um hospital universitário. **Nursing** (São Paulo), v. 17, n. 219, 2016.

FRIZON, G. *et al.* Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva : sentimentos revelados. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 72-78, 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 1. p. 17-27, 2008.

FUCHS, F. *et al.* Effect of maternal age on the risk of preterm birth: A large cohort study. **Public Library of Science**, v. 13, n. 1, p. e0191002, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5791955/>>. Acesso em: 2 abr. 2022.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GONÇALVES, J.; TOLFO, S. R.; SCHWEITZER, L. O reconhecimento no trabalho de motoristas de transporte coletivo urbano. **Revista Relações Sociais**, v. 1, n. 3, p. 483-497, 2018.

HAHN, F. W.; CORDEIRO, F. R. Estratégias para o desenvolvimento de educação em saúde sobre dor no hospital. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, e25210313297, 2021. Disponível em : <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/13297/11954/174515>. Acesso em: 15 maio 2022.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA – HUSM – UFSM. **Plano Diretor Estratégico 2021-2023**. 2021.

HUGHEY, D. W.; CHAWLA, S. K.; KHAN, Z. U. Measuring the quality of university computer labs using SERVQUAL: A longitudinal study. **Quality Management Journal**, n. 10, v. 3, p. 33-44, 2003. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10686967.2003.11919071>>. Acesso em : 20 ago. 2020.

JAYASUNDRA, C.; NGULUBE, P.; MINISH-MAJANJA, M. A theoretical model to predict customer satisfaction in relation to service quality in selected university libraries in Sri Lanka. **South African Journal of Libraries and Information Science**, n. 75, v. 2, p. 179-192, 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/262487913_A_theoretical_model_to_predict_customer_satisfaction_in_relation_to_service_quality_in_selected_university_libraries_in_Sri_Lanka>. Acesso em: 20 ago. 2020.

KABAD, L. **Qualidade de Vida dos funcionários Administrativos de uma Universidade Privada**. 2011. Tese de Doutorado. Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, São Paulo. Disponível em: <<https://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/8161-qualidade-de-vida-dos-funcionarios-administrativos-de-uma-universidade-privada.pdf>>. Acesso em: 01 Abril 2022.

KAIN, V. J.; CHIN, S. D. Conceptually redefining neonatal palliative care. **Advance Neonatal Care**, v. 20, n. 3, p. 187-195, 2020.

LAMEGO, D. T. C.; DESLANDES, S. F.; MOREIRA, M. E. L.. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. **Revista Ciência & saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 669-675, 2005.

LANGARO, A.K.M. *et al.* Percepção de mães pós internamento de prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Cereus**, v. 14, n. 1, p. 208-218, 2022.

LEITE, C. C. P. *et al.* O diário de um bebê para a mãe de prematuro: apoiando o cuidado centrado na família. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 1, n. e8664, 2016.

LIMA ,G. M. F. *et al.* Proposta de um modelo alternativo para análise da qualidade de serviço na área da saúde. **Revista FAE**, v. 22, n. 1, p. 97-114, 2019.

LIMA, L. G.; SMEHA, L. N. A experiência da maternidade diante da internação do bebê em UTI: uma Montanha Russa de Sentimentos. **Psicologia em Estudo**, v. 24, n. e38179, 2019.

LIMA, V. F. *et al.* Vivência dos familiares de prematuros internados em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, n. e-1026, 2017. Disponível em: Acesso em: 12 maio 2022.

LITTIKE, D.; SODRE, F. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. **Ciência & Saude Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3051-3062, 2015.

LOPES, E.; HERNANDEZ, J.; NOHARA, J. Escalas concorrentes para a mensuração da qualidade percebida: uma comparação entre a SERVQUAL e a RSQ. **Revista de Administração de Empresas**, n. 49, v. 4, p. 401-416, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rae/v49n4/v49n4a04.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

LOPES, D. L. *et al.* Parentalidade no contexto da prematuridade : contribuições da psicologia durante a internação hospitalar. *In*: Salão do Conhecimento Unijuí, **Anais...** Ijuí, RS, 2021.

LOVELOCK, C.; WIRTZ, J.; HEMZO, M. A. **Marketing de serviços**: pessoas, tecnologia e estratégia. 7. ed. São Paulo: Pearson, 2011.

LUZ, R.T. *et al.* Importância da presença de familiares durante o internamento neonatal. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 13, e29790, 2019. Disponível em : <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/239790/32731>. Acesso em: 1 maio 2022.

LUZ, S. R. C.; MACHADO JÚNIOR, C. A percepção de enfermeiros gestores sobre as dificuldades do exercício da liderança no âmbito hospitalar do serviço público. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, e42011528277, 2022. Disponível em : <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/28277/24706/328208>. Acesso em: 2 maio 2022.

LYTLE, R. S.; MOKWA, M. P. Evaluating health care quality: The moderating role of outcomes. **Journal of Health Care Marketing**, v. 12, n. 1, p. 4-14, 1992.

MARCIANO, R. P.; EVANGELISTA, P. G.; AMARAL, W. N. Grupo de mães em UTI neonatal : um espaço de escuta e intervenção precoce em psicanálise. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 22, n. 2, p. 48-67, 2019.

MATOS, W. D. V. *et al.* Segurança de neonatos sob cuidados intensivos regida pela equipe de enfermagem : revisão narrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, e6211628651, 2022. Disponível em : <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/28651/24985>. Acesso em 1 maio 2022.

MAZIERO, E. C. S. *et al.* Dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidades de terapia intensiva infantil : carga de trabalho versus legislação. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, abr. 2020. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/64058>>. Acesso em: 25 abr. 2022.

MAZZETTI, A. C. *et al.* Características maternas e o impacto da prematuridade no recém nascido. **Revista de Saúde**, v. 13, n. 1, p. 19-27, 2022.

MENEGUIN, S. *et al.* O significado de conforto na perspectiva de familiares de pacientes internados em UTI. **Revista Nursing**, v. 22, n. 252, p. 2882-2886, 2019.

MIGUEL, P. A. C.; SALOMI, G. E. Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços. **Revista Produção**, v. 14, n. 1, p. 12-30, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2020.

MILAGRES, G. Z. *et al.* Atuação dos enfermeiros no acolhimento à demanda espontânea em Estratégia Saúde da Família. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, e14511225689, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/25689/22397/298963>. Acesso 15 maio 2022.

MINAYO, M. C. S. *et al.* **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MIRANDA, G. M.; MANGINI, F. N. R. Trabalho em equipe interdisciplinar na contemporaneidade: limites e desafios. **Escola Anna Nery-Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 177-193, 2020.

MONTANHOLI, L. L.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P. Actuación de la enfermera en la unidad de terapia intensiva neonatal: entre lo ideal, lo real y lo posible. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 301-308, 2011.

NASCIMENTO, M. H. M.; TEIXEIRA, E. Tecnologia educacional para mediar o acolhimento de “familiares canguru” em unidade neonatal. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 71, n. suppl 3, p. 1370-1377, 2018.

NEVES, J. L. *et al.* Da sala de espera ao leito: observação de familiares sobre a Unidade de Terapia Intensiva. **Research, Society and Development**, v.10, n. 1, e58810112111, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/12111/10890/161097>. Acesso em: 15 maio 2022.

O'DONNELL, V.R. *et al.* Uma breve história de uniformes médicos: da história antiga aos tempos da COVID-19. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 47, e20202597, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/g4qv9NyxQRMvn9k5ZMJDkfw/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2022.

OLIVEIRA, M. C. *et al.* Medidas não farmacológicas para o alívio da dor no recém-nascido prematuro na UTI neonatal. **Revista Saúde coletiva**, n. 49, v. 09, p. 1483-1487, 2016.

OLIVEIRA, G. S. *et al.* Superlotação das urgências e estratégias de gestão de crise : uma revisão de literatura. **Cadernos de Graduação**, v. 4, n. 2, p. 115-126, 2017.

OLIVEIRA, V. N. *et al.* Formação do enfermeiro para os cuidados de pacientes críticos na Unidade de Terapia Intensiva. **Nursing**, v. 22, n. 250, p. 2751–2755.

Disponível em : <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i250p2751-2755>. Acesso em: 1 de abril 2022.

OLIVEIRA, E. B.; DAMASCENO, L. G.; LEÃO, R. E. B. Atuação fonoaudiológica na estimulação oral do recém-nascido pré-termo : relato de experiência. **Health & Society**, v. 2, n. 2, p. 136-153, 2022.

PAGNANO, J. R. A. **Gestão hospitalar humanizada : perspectiva dos profissionais de saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal**. 79 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Unidade de Saúde) – Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão, 2020.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of marketing**, v. 49, n. 4, p. 41-50, 1985. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2491773/mod_resource/content/1/Conceptual%20Model%20of%20Service%20Quality%20and%20Its%20Implications%20for%20Future%20Research.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2020.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**, v. 64, n. 1, p. 12-40, 1988. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Valarie_Zeithaml/publication/225083802_SERVQUAL_A_multiple-Item_Scale_for_measuring_consumer_perceptions_of_service_quality/links/5429a4540cf27e39fa8e6531/SERVQUAL-A-multiple-Item-Scale-for-measuring-consumer-perceptions-of-service-quality.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. **Journal of retailing**, v. 67, n. 4, p. 420-450, dez. 1991. Disponível em: <<https://search.proquest.com/openview/20ce41a3232b328c782d08cf26648612/1?pq-origsite=gscholar&cbl=41988>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

PARENTE, Z. S.; PARENTE, D. S. Os desafios na gestão hospitalar. **Multi Debates**, v. 3, n. 2, p. 78-85, 2019.

PASSOS, P. S.; FIORINI, A. C. Percepção do ruído e seus efeitos em funcionários de um hospital universitário. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, p. e51211225998, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i2.25998. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25998>>. Acesso em: 1 abril 2022.

PAULINO, G. M. E. *et al.* Satisfação profissional e ambiente de trabalho da equipe de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, e-1271, 2019. Disponível em : <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1271.pdf>. Acesso em : 2 maio 2022.

PENA, M. M.; SILVA, E. M. S.; TRONCHIM, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. O emprego do modelo de qualidade de Parasuraman, Zeithaml e Berry em serviços de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1227-1232,

2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501227&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2020.

PEREIRA, J.M. *et al.* Caracterização da adesão à monoterapia guiada por hemocultura no tratamento de infecções neonatais em uma maternidade escola. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 1, p. 07-20, 2022. Disponível em : <<https://www.rbfhss.org.br/sbrafh/article/view/720/652>>. Acesso em: 02 abril 2022.

PERES, A.M. *et al.* Roupas hospitalares e o cuidado em saúde : visão dos profissionais e estudantes. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 534-543, 2018. Disponível em : <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53413>. Acesso em: 12 maio 2022.

PERSSON, E.; FERLIE, E.; BAEZA, J. Compreendendo a estratificação profissional e hibridização na profissão médica : evidências exploratórias de hospitais universitários federais brasileiros. **Revista de Administração Pública**, v. 55, n. 5, p. 1034-1076, 2021.

PICOLO, J. D.; TONTINI, G. Análise do Contraste da Penalidade e da Recompensa (PRC): Identificando Oportunidades de Melhoria em um Serviço. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 9, p. 35-58, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-69712008000500003&lng=es&nrm=1&tlng=pt>. Acesso em: 05 ago. 2020.

PILGER, C.H. *et al.* Vivências de mães de bebês prematuros : da gestação aos cuidados no domicílio. **Revista Enfermagem UFSM**, v. 12, e5, p. 1-20, 2022. Disponível em : <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/67164/46068>>. Acesso em: 02 abril 2022.

REIS, L. S. *et al.* Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p.118-124, 2013.

RIBEIRO, B. C. O; SOUZA, R. G.; SILVA, R. M. A importância da educação continuada e educação permanente em unidade de terapia intensiva – revisão de literatura. **Revista Iniciação Científica e Extensão**, v. 2, n. 3, p. 167-175, 2019.

ROCHA, E. N.; LUCENA, A. F. Projeto terapêutico singular e processo de enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018. e2017-0057. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0057>>. Acesso em: 26 abril 2022.

RODRIGUES, B. C. *et al.* Cuidado centrado na família e sua prática na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Rene**, v. 20, n. e39767, 2019.

ROSO, C. C. *et al.* Vivências de mães sobre a hospitalização do filho prematuro. **Revista Enfermagem UFSM**, v. 4, n. 1, p. 47-54.

SALOMI, G. G. E.; MIGUEL, P. A. C.; ABACKERLI, A. J. SERVQUAL x SERVPERF: comparação entre instrumentos para avaliação da qualidade de serviços internos. **Revista Gestão & Produção**, São Carlos, v. 12, n. 2, p. 279-293, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

SANTOS, F. C.; CAMELO, S. H. O enfermeiro que atua em Unidades de Terapia Intensiva : perfil e capacitação profissional. **Cultura de los Cuidados**, v. 19, n. 43, 2015.

SANTOS, A. L. S. *et al.* Avaliação da qualidade : satisfação dos usuários de unidades de terapia intensiva pediátrica mista e obstétrica. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 7, n. 3, p. 2974-2984, 2015.

SANTOS, T. O. *et al.* Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente no ambiente hospitalar. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 15, n. 55, p. 159-168, 2021.

SANTOS, R. L. N. *et al.* Potencialidade da Educação Permanente na prevenção da infecção pelo Covid-19 em profissionais de saúde : relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, 2021. Disponível em : <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/download/6465/4271/>>. Acesso em: 26 abril 2022.

SANTOS, K. S. S. *et al.* Influências do banco de leite humano na manutenção do aleitamento humano de recém nascidos prematuros, sob perspectiva materna. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, e53311626952, 2022. Disponível em : <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/26952/25477>. Acesso em: 18 maio 2022.

SEVERO, D. G. *et al.* Reacciones psicológicas de padres de recién nacidos ingresados en la UCI NEONATAL. **Revista Psicología de La Salud**, v. 10, n. 1, p. 12-23, 2021.

SCHMIDT, K. T. *et al.* A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. **Revista da Escola Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 73-81, 2012.

SILVA, C. A. Qualidade nas organizações de saúde: uma leitura na voz dos doentes. **Desenvolvimento e Sociedade**, n. 6, 2019. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/26904>. Acesso em: 10 maio 2022.

SILVA, E. M. *et al.* Percepção da família quanto aos cuidados de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. e262101119597, 2021.

SILVA, F. V. R. *et al.* Preparo dos pais de recém-nascido pré-termo para alta hospitalar: proposta de um protocolo. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 12, p. 386-392, 2020.

SILVA, L. J. *et al.* Management challenges for best practices of the Kangaroo Method

in the Neonatal ICU. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 71, n. Suppl 6, p. 2783-2791, 2018.

SILVA, S. E. H. L. S. *et al.* A importância da educação permanente hospitalar no período da COVID-19. **Revista Científica Saúde e Tecnologia**, v. 2, n. 1, e2160, 2022. Disponível em: <<https://recisatec.com.br/index.php/recisatec/article/download/60/56/619>>. Acesso em: 26 abril 2022.

SILVA, T. A.; CARVALHO, V. M. R.; MATHIOLLI, C. Sentimentos maternos frente à internação do filho prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. **Revista Terra e Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, v. 38, n. 74, p. 60-74, 2022.

SOARES, R. A. Q. *et al.* Tecnologias em saúde e a produção de cuidados a pessoas que sofrem do coração. **Revista Nursing**, v. 23, n. 260, p. 3523-3528, 2020.

SOARES, D.; *et al.* Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem na unidade de terapia intensiva no centro-oeste goiano. **Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica de Ceres**, v. 10, n. 1, p. 184-197, 2021.

SOARES, L. G. *et al.* Percepção das famílias sobre o acolhimento no contexto neonatal durante um processo de intervenção. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**. v. 11, n. 1, p. 147-153, 2019.

SOUTO, C. M. R.; NETO, J. S. C. Qualidade de serviços: Uma análise comparativa entre SERVQUAL e SERVPERF. **Journal of Perspectives in Management-JNM**, v. 1, n. 1, p.63-73, 2017.

SOUZA, V. S. *et al.* Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem atuantes em setores críticos. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 2, p. 2177-2186, 2018.

SOUZA e SILVA, P. M.; MELO, R. H. B.; SILVA, L. F. Informação em saúde : práticas de humanização em UTI neonatal e seus impactos a partir das rotinas e condutas na recuperação dos recém-nascidos. **Revista Saúde Digital Tecnologia e Educação**, v. 7, n. Esp, p. 129-142, 2022.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 320-325, 2006.

TEIXEIRA, L. B. *et al.* Ações de enfermagem na construção de uma relação humanizada com pais de recém nascidos internados em UTI NEONATAL. **Revista Científica Multidisciplinar**, v. 3, n. 3, e331218, 2022. Disponível em : <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/1218>. Acesso em: 8 maio 2022.

TONTINI, G. *et al.* Satisfação com serviços hospitalares como fator estratégico de gestão: uma abordagem não-linear. **Gestão & Planejamento-G&P**, n. 14, v. 3, 2013. Disponível em:

<<https://pdfs.semanticscholar.org/b8bb/b8d2ea9bbba377da90bc9ce2f9207726135e.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

TRANQUITELLI, A. M.; PADILHA, K. G. Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 1, p. 141-146, 2007.

VALENTIN, L.V. *et al.* Percepção dos profissionais de enfermagem quanto ao trabalho em equipe. **Revista Baiana Enfermagem**, v. 34, e37510, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.37510>. Acesso em: 3 maio 2022.

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

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista (familiares)

PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO

NOME :

IDADE :

ESTADO CIVIL :

PROFISSÃO :

CIDADE EM QUE RESIDE :

RAÇA :

NÚMERO DE FILHOS :

JÁ TEVE OUTRO FILHO INTERNADO EM UTI?

HÁ QUANTOS DIAS SEU FILHO ESTÁ INTERNADO?

DIMENSÕES DE QUALIDADE BASEADAS NO MODELO SERVPERF

TANGIBILIDADE

- 1) As instalações físicas da sala de espera e local de internação dos bebês são vizivelmente atrativas e confortáveis?
- 2) A equipe de saúde que cuida do seu filho usa roupas (uniformes) limpas e tem boa aparência?
- 3) A UTI NEONATAL lhe forneceu material informativo, como panfletos, sobre o funcionamento do serviço?
- 4) As instalações físicas da UTI NEONATAL são bem conservadas?
- 5) E as condições de higiene do setor? Como são?
- 6) Você tem alguma sugestão sobre essas questões?

CONFIABILIDADE

- 1) Quando o serviço promete fazer algo por você ou por seu filho, ele cumpre o prazo estabelecido?
- 2) Quando você tem algum problema com este serviço, eles tentam resolver, lhe deixando tranquilo?
- 3) A equipe de cuidados/servidores lhe passa confiança?
- 4) O serviço da UTI NEONATAL lhe fornece o que promete no tempo estabelecido?
- 5) Os registros e retornos das suas dúvidas são solucionados com eficiência pelo serviço?

PRESTEZA

- 1) O serviço realiza procedimentos em seu bebê sem o seu conhecimento?
- 2) Você fica seguro quando a equipe de saúde realiza procedimentos em seu bebê?
- 3) A equipe de saúde lhe atende quando você pede ajuda e/ou solicita?

SEGURANÇA

- 1) Você acredita nas informações recebidas pela equipe de saúde que cuida do seu filho?
- 2) Você se sente seguro em usar este serviço?
- 3) Você sai tranquilo na hora de ir embora?
- 4) Os membros da equipe são educados e demonstram conhecimento no que realizam?
- 5) Os membros da equipe passam segurança quando comentam e/ou realizam algum procedimento na sua frente?
- 6) Você faz o que os profissionais pedem? Você segue os conselhos deles?

EMPATIA

- 1) O serviço consegue realizar atendimento individualizado a cada cliente?
- 2) A equipe procura saber de suas necessidades pessoais e emocionais, fornecendo formas de ajudar você?
- 3) A equipe tem interesse em sua comodidade com o objetivo comum que é o bebê?
- 4) O serviço proporciona horários de acesso aos pais de acordo com a sua disponibilidade?
- 5) Você percebe que seu filho é bem cuidado?
- 6) Você recebe atendimento de outros membros da equipe além da enfermagem? Quem são essas pessoas?
- 7) Você tem alguma sugestão para melhoria do serviço?

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista (servidores)

Protocolo de Entrevista destinado aos profissionais da UTINEONATAL

Orientações ao entrevistador:

- 1) Com o intuito de responder ao objetivo da pesquisa “*avaliar a qualidade do serviço da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria*”, vamos proceder uma entrevista semi estruturada, onde o entrevistado poderá comentar livremente o que julgar necessário. O roteiro de entrevista está dividido em blocos:

BLOCO 1	Perguntas referentes à caracterização do profissional
BLOCO 2	Perguntas para investigar a qualidade das variáveis estruturais do serviço
BLOCO 3	Perguntas destinadas ao entendimento das variáveis do serviço
BLOCO 4	Perguntas sobre variáveis do processo na interação família/chefia imediata e equipe

- 2) Lembrar aos entrevistados que a entrevista será gravada e seus **dados não serão identificados**, uma vez que será utilizado um sistema de codificação para suas respostas.

- 3) No cabeçalho de cada entrevista haverá o controle da aplicação que deverá ser preenchido pelo pesquisador responsável.

Bloco 1	Caracterização do profissional
----------------	---------------------------------------

Controle	O entrevistador deve preencher
Idade do entrevistado	
Código entrevistado	
Estado civil	
Profissão	
Vínculo	
Tempo de formação	
Tempo de trabalho na UTINEO	
Data da entrevista	
O entrevistado possui cargo de chefia	

A seguir, faça as perguntas e deixe o profissional responder livremente:

Dimensão Realização Profissional e Reconhecimento (RPR)

Cód	Pergunta
RPR1	Como você decidiu/escolheu trabalhar na UTINEONATAL
RPR2	Como você vê o teu trabalho neste setor
RPR3	Considera que as pessoas valorizam o teu trabalho?

RPR4	Como você se sente em relação ao teu trabalho na UTINEONATAL?
RPR5	Como você avalia o seu trabalho para estas famílias

Dimensão Carga de Trabalho (CT)

Cód	Pergunta
CT1	Quantos bebês estão sob sua responsabilidade no seu turno de trabalho?
CT2	Como ocorre a organização desse quantitativo de bebês que estão sob sua responsabilidade?
CT3	Qual a duração do seu turno de trabalho?
CT4	Você consegue cumprir todas suas atribuições no seu turno de trabalho?

Dimensão Treinamento e capacitação (TC)

Cód	Pergunta
TC1	São ofertados cursos de formação e atualização?
TC2	Como você avalia a quantidade de cursos/capacitações (formação e atualização) oferecidas? Considera a ofertada seja suficiente?
TC3	Como você avalia a qualidade dos cursos de capacitação oferecidos?
TC4	Você sente necessidade de algum tipo de treinamento que NÃO tenha sido ofertado?

Bloco 2	Perguntas para investigar a qualidade das variáveis estruturais do serviço
----------------	---

Dimensão Disponibilidade de Equipamentos e Materiais diversos

Cód	Pergunta
DEM1	O setor possui equipamento eficazes e modernos para o tratamento dos recém nascidos?
DEM2	Considera que os equipamentos e materiais são suficientes para a demanda atendida?
DEM3	Ocorre falta de materiais?
DEM4	Existem equipamentos (EPIs) específicos utilizados?

Dimensão Estrutura Física para Recepção de Familiares (EF)

Cód	Pergunta
EF1	Como você avalia a sala de espera dos pais?
EF2	Como você avalia o espaço para internação de recém-nascidos?
EF3	Como você avalia o espaço físico geral da UTI para desenvolver as suas atividades profissionais?
EF4	Em quais aspectos a estrutura física da UTINEONATAL poderia ser melhorada?

Dimensão Capacidade de Atendimento (CA)

Cód.	Pergunta
CA1	A UTINEONATAL possui um número adequado de profissionais?
CA2	Você considera que o atendimento é individualizado para cada família?

Bloco 3	Perguntas destinadas ao entendimento das variáveis do serviço
----------------	--

Dimensão Envolvimento dos Familiares (EF)

Cód.	Pergunta
EF1	Você considera que os familiares recebem do serviço o que lhes é prometido?
EF2	Percebe que existe ou não o objetivo de desenvolver e/ou fortalecer vínculos familiares?
EF3	Quando os pais expõem algum problema relacionado a assistência e/ou permanência do RN na UTINEONATAL, a equipe mostra-se resolutiva frente a estas questões?
EF4	Como você avalia a confiança dos pais no seu serviço?
EF5	As dúvidas dos pais são solucionadas com eficiência pelo serviço?

Dimensão Rotina do Serviço (RS)

Cód.	Pergunta
RS1	Como você organiza a sua rotina de trabalho?
RS2	O que você aprimoraria no desenvolvimento da rotina do seu trabalho?
RS3	Como você avalia a realização de procedimentos na presença dos pais?

Dimensão Conhecimento e Experiência Acumulada (CEA)

Cód.	Pergunta
CEA1	Como você avalia a experiência de trabalhar em UTINEONATAL?
CEA2	Relate uma experiência marcante no desenvolvimento do seu trabalho em UTINEONAL

Bloco 4	Perguntas sobre variáveis do processo na interação família/chefia imediata e equipe
----------------	--

Dimensão Interação profissional-família (IPF)

Cód.	Pergunta
IPF1	Como se dá a relação entre você e as famílias atendidas?
IPF2	Quais aspectos poderiam ser melhorados na interação com as famílias?
IPF3	Quais atividades você julga que os pais podem desempenhar na UTINEONATAL?

IPF4	O serviço proporciona horários acessíveis para a visita dos pais aos bebês?
------	---

Dimensão Interação profissional-chefia (IPC)

Cód.	Pergunta
IPC	Como se dá a relação de trabalho com a chefia do serviço?
IPC	Comente o suporte obtido por parte da chefia no desenvolvimento do seu trabalho

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DA UTI NEONATAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

Pesquisador responsável: Marcia Zampieri Grohmann

Instituição/Departamento: Departamento de Ciências Administrativas - UFSM

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-9297. Avenida Roraima, 1000, prédio 74C, sala 4313, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: HUSM

Eu, Márcia Zampieri Grohmann, responsável pela pesquisa AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DA UTI NEONATAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo.

Por meio desta pesquisa pretende-se avaliar os serviços prestados na UTI NEO do HUSM e propor ações de melhoria. Acreditamos que ela seja importante porque servirá para realizar ajustes visando a melhoria das ações atuais. Para o desenvolvimento deste estudo será feito o seguinte: pesquisa qualitativa com método de coleta de dados por entrevistas semiestruturadas. Sua participação constará em responder a uma entrevista com duração média de 20 a 40 minutos.

Sendo sua participação voluntária, você não receberá benefício financeiro. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos desconforto ou cansaço devido ao tempo gasto para responder as questões. Desta forma, caso ocorra algum problema decorrente de sua participação na pesquisa, você terá acompanhamento e assistência de forma gratuita. Fica, também, garantido o seu direito de requerer indenização em caso de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Os benefícios que esperamos como estudo são indiretos, uma vez que o estudo pretende construir conhecimento na área da Gestão Pública, bem como para novas pesquisa na área.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Local,

APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Título do projeto: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DA UTI NEONATAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

Pesquisador responsável: Márcia Zampieri Grohmann

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria

Telefone para contato: (55) 3220-9297

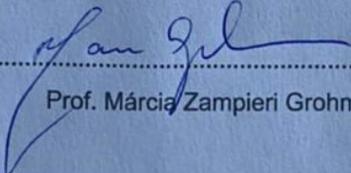
Local da coleta de dados: HUSM

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de entrevistas, nas dependências da UTI NEO do HUSM.

Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 74C, Departamento de Ciências Administrativas, sala 4313, 97105-970 - Santa Maria - RS., por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Márcia Zampieri Grohmann. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em/...../....., com o número de registro Caae

Santa Maria,.....dede 20.....


.....
Prof. Márcia Zampieri Grohmann

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



Ministério da Educação
 Universidade Federal de Santa Maria
 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
 Hospital Universitário de Santa Maria
 Gerência de Ensino e Pesquisa

APROVAÇÃO INSTITUCIONAL PARA ANÁLISE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CEP

Pesquisador (a): SANDRA LIZIANE MASSIRER DE ALMEIDA

Orientador (a): MARCIA ZAMPIERI GROHMANN

Título do Projeto: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DA UTI NEONATAL DO
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

Registro Portal SIE web UFSM: 055307

Período de Execução: 25/01/2021 a 20/05/2022

Declaramos ser de nosso conhecimento o teor do projeto acima, estando o mesmo, de acordo com a documentação e metodologia apresentadas, em conformidade com as normas de pesquisa da Comissão de Pesquisa do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria da Universidade Federal de Santa Maria- GEP/HUSM/UFSM.

O (s) pesquisador (es) têm a nossa anuência para desenvolvê-lo no âmbito do HUSM, mediante obtenção de parecer consubstanciado favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Gustavo Nogara Dotto

Gustavo Nogara Dotto
 Gerente Substituto de Ensino e Pesquisa
 HUSM - EBSEH
 SIAPE 1812979

Gerente Substituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria
 Universidade Federal de Santa Maria – GEP/HUSM/UFSM

Santa Maria, 23 / 06 / 21.

E-mail contato: marciazg@gmail.com smassirer@yahoo.com.br

ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

PARECER COM SUBSTANCIADO DO CEP

DADO DO PROJETO DE PESQUISA

Título de Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DA UTI NEONATAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

Procurador: Mônica Zampieri Gronmann

Ass. Técnica:

Verbs: 2

CAE: 30719021.1.0000.0340

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADO DO PARECER

Numero do Parecer: 5.030.058

Apresentação do Projeto:

Projeto inscrito CAE: 30719021.1.0000.0340 (em sua segunda versão), intitulado "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DA UTI NEONATAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA", coordenado por docente do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas-COSHUM, com a participação de docente deste mesmo programa.

Na intenção de uma maior integração, eficiência e atividade dos hospitais de ensino ligados às universidades federais, com a inserção do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), foi criada em 2011 a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a qual tem como principal diretriz reafirmar o papel desses hospitais na formação de profissionais de área de saúde e na prestação de assistência à saúde aos usuários. A EBSERH é uma empresa pública, vinculada ao Ministério da Educação e dependente de recursos do tesouro nacional (BRASIL, 2011).

Visto o aperfeiçoamento da gestão, a melhoria no atendimento e na qualidade da prestação do serviço à sociedade, e necessário que se observem métodos de avaliação da satisfação do usuário. No entender de Lovinek, Witz e Himp (2011), a qualidade do serviço corresponde ao grau de correspondência do serviço prestado com as expectativas do receptor do serviço. O:

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa - sala 701 - Sala Central de E-Box - 97120-900 - Santa Maria - RS - CEP: 97120-900

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (51)3333-4300

E-mail: cep@ufsm@gmail.com

Página 04 de 05

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Contratação do Parecer: 5.030.058

autores entendem como serviço de qualidade aquele que atende ou excede as expectativas dos usuários.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ganham destaque mesmo dentro do contexto hospitalar, uma vez que possuem grande relevância na recuperação e na prevenção de agravos decorrentes a saúde dos indivíduos que já possuem um quadro que necessita de cuidados mais intensos. A UTI específica para neonatos apresenta aspectos ainda mais delicados. A hospitalização de um filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é uma experiência que pode gerar consequências emocionais bastante complexas e diferenciadas para toda a família, especialmente para os pais do recém-nascido. O bebê representa a continuidade da existência familiar e a separação da forma física é rítmica de expectativas. Ao ser hospitalizado com condições de saúde que necessitam de cuidados intensos, diversas dúvidas e um enorme bagagem emocional são desencadeadas (LIMA, SIMENA, 2019).

Neste momento tão delicado, a presença do serviço se materializa na vida familiar através da UTI neonatal. É ainda mais importante que a gestão hospitalar seja realizada com a máxima qualidade. Entende-se que é de extrema importância que, durante o período neonatal, o cuidado seja realizado de maneira a reduzir não somente a mortalidade infantil como a morbimortalidade. Ao nascer com malformações congênitas, baixo peso, prematuridade e problemas relacionados com o pós-parto imediato os bebês ficam expostos a condições complexas de saúde. A precariedade dos serviços de saúde pode trazer complicações futuras para estas famílias, no entanto, quanto antes bebês possuem atendimentos especializados para diminuir os maiores cuidados pela hospitalização isto pode trazer impactos positivos para estas famílias. (DANZ, RODRIGUES, ANDRADE, 2020).

A hospitalização neonatal pode trazer a forte dificuldade encontrada pelos pais para participar do processo de internação do seu filho. A distância geográfica, socialização e composição familiar são elementos que podem dificultar a interação desses no cuidado (RODRIGUES et al, 2019). Ao grupo está estudado em um Hospital Universitário, que atende unicamente pelo Sistema Único de Saúde, entende-se que a alta demanda atendida e as dificuldades de recursos financeiros podem ser obstáculos do processo de internação da família no cuidado neonatal. O discurso em torno da humanização traz a tona a necessidade de vincular entre profissionais de saúde e os usuários, trazendo significado maior que a qualidade dos cuidados, incluindo também o empoderamento.

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa - sala 701 - Sala Central de E-Box - 97120-900 - Santa Maria - RS - CEP: 97120-900

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (51)3333-4300

E-mail: cep@ufsm@gmail.com

Página 05 de 05

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Contratação do Parecer: 5.030.058

dos profissionais e o reconhecimento dos direitos dos usuários. A humanização desta cura é importante de iniciativas para produção de cuidados que conciliem a melhor tecnologia disponível com a promoção do acolhimento e respeito ético e cultural ao paciente, através de equipes de trabalho favorecidas ao bom exercício de gestão e a satisfação dos profissionais da saúde (PAGANINI, 2020).

Assim, este projeto apresenta como problema de pesquisa a qualidade do serviço de uma UTI NEONATAL de um hospital público, buscando meios de analisar as demandas dos serviços, usuários e a falta de recursos.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

- Analisar a qualidade do serviço da Unidades de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria

Objetivos Específicos:

- Conhecer e descrever a estrutura, os recursos disponíveis e o serviço prestado na UTI Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria (HUM).
- Compreender as necessidades das famílias dos recém-nascidos internados na UTI Neonatal do HUM por meio da avaliação do serviço público prestado.
- Conhecer as demandas de empoderamento e satisfação dos usuários.
- Elaborar um plano de ação para aperfeiçoar e proporcionar formas de oferecer um serviço de qualidade aos pais e recém-nascidos.

Justificação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos aos sujeitos participantes da pesquisa estarão relacionados aqueles aos quais estarão expostos em uma pesquisa informal, como o cansaço e despertar de emoções decorrentes do assunto sobre o qual estamos tratando. Não haverá risco epidemiológico, visto que todas as intervenções não ocorrer no ambiente hospitalar, respeitando-se todos os protocolos de segurança.

Os benefícios não serão diretos a estes sujeitos, mas acredita-se, que os resultados do estudo contribuirão para melhorar a qualidade de assistência prestada aos recém-nascidos internados em UTI/NEU, o qual está ligado diretamente na produção de conhecimento acerca da temática dessa clientela, contribuindo tanto para a assistência a esses pacientes, quanto para os profissionais que

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa - sala 701 - Sala Central de E-Box - 97120-900 - Santa Maria - RS - CEP: 97120-900

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (51)3333-4300

E-mail: cep@ufsm@gmail.com

Página 06 de 05

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Contratação do Parecer: 5.030.058

convêm com eles.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto – OK
 Comprovação de Registro no CAP – OK
 Autorização Institucional – OK
 Termo de Confidencialidade – Pendente
 TCE – OK
 Projeto Completo – OK

Recomendações:

..

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerações Finais e o rito do CEP:

Veja no site do CEP - <https://www.ufsm.br/pro-reitoria/prog/cep/> - modelos e orientações para apresentação dos documentos, ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Ítem Documental	Responsável	Realização	Autor	Situação
Informações Básicas	FB - INFORMAÇÕES BÁSICAS DO P. DE PROJETO	03/11/2021	Mônica Zampieri Gronmann	Aceito
Projeto Inicializado	projeto_inicializado.pdf	03/11/2021	Mônica Zampieri Gronmann	Aceito
Outros	apendiceE.pdf	14/09/2021	Mônica Zampieri Gronmann	Aceito
TCE E Termos de Assentamento	TCE E Termos de Assentamento	11/02/2021	Mônica Zampieri Gronmann	Aceito
Justificativa de Ocorrência		14/10/21	Mônica Zampieri Gronmann	Aceito

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa - sala 701 - Sala Central de E-Box - 97120-900 - Santa Maria - RS - CEP: 97120-900

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (51)3333-4300

E-mail: cep@ufsm@gmail.com

Página 04 de 05

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Contratação do Parecer: 5.030.058

Outros	TCE e Termos de Assentamento	Realização	Autor	Situação
Folha de Rosto	Folha de Rosto	27/07/2021	Mônica Zampieri Gronmann	Aceito
Outros	regulamento.pdf	08/08/21	Mônica Zampieri Gronmann	Aceito
Declaração de Confidencialidade	Projeto050307.pdf	11/09/2021	Mônica Zampieri Gronmann	Aceito
		11/09/21	Mônica Zampieri Gronmann	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação do CONEP:

Não

SANTA MARIA, 09 de Novembro de 2021

Assinado por:
CLAUDIMIR DE GUARDOIS
 (Coordenador(a))

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa - sala 701 - Sala Central de E-Box - 97120-900 - Santa Maria - RS - CEP: 97120-900

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (51)3333-4300

E-mail: cep@ufsm@gmail.com

Página 05 de 05