

La adhesión de las enfermeras al Método Canguro: subvención para la administración del cuidado de enfermería¹

Laura Johanson da Silva²

Josete Luzia Leite³

Carmen Gracinda Silvan Scochi⁴

Leila Rangel da Silva⁵

Thiago Privado da Silva⁶

Objetivo: construir un modelo teórico explicativo acerca de la adhesión de las enfermeras al Método Canguro en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, a partir de los significados e interacciones para la administración del cuidado. Método: investigación cualitativa, guiada por el referencial de la Grounded Theory. Fueron entrevistadas ocho enfermeras de una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal de la ciudad de Rio de Janeiro. El análisis comparativo de los datos recorrió las etapas de codificación abierta, axial y selectiva, siendo construido un modelo teórico del tipo condicional-causal. Resultados: surgieron cuatro categorías principales que compusieron los paradigmas del análisis: Vistiendo la camisa del Método Canguro; Trabajando con la complejidad del Método Canguro; Encontrando (des)motivación para aplicar el Método Canguro; y Encontrando los desafíos para la adhesión y aplicación del Método Canguro. Conclusiones: el fenómeno central reveló que cada enfermera y profesional del equipo posee un papel de multiplicador de valores y prácticas que pueden o no ser constructivas, influenciando potencialmente en la (des)continuidad del Método Canguro en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. Los hallazgos pueden ser utilizados para el delineamiento de estrategias de administración que sobrepasen los cursos y entrenamientos y garanticen el fortalecimiento del modelo asistencial.

Descriptores: Enfermería Neonatal; Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal; Método Madre-Canguro; Administración de Personal en Hospitales.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Siendo un multiplicador de valores y prácticas para la (des)continuidad del Método Madre Canguro en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: subsidios para la gerencia del cuidado de enfermería", presentada en la Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² PhD, Profesor Auxiliar, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ PhD, Profesor, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁵ Estudiante de postdoctorado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil. Profesor Doctor, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁶ Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondencia:

Laura Johanson da Silva
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto
Rua Dr. Xavier Sigaud, 290
Bairro: Urca
CEP: 22290-180, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: lauraenfa@yahoo.com.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

La adhesión del profesional no se constituye de comportamientos limitantes, preprogramados para atender a las exigencias normativas, más bien está directamente relacionada a su inserción en el mundo, en la sociedad, en el trabajo y sus potenciales para la transformación de sí mismo, de las prácticas y del medio. La necesidad de investigar ese fenómeno proviene del inmenso desafío que es hacer que las conductas recomendadas, consideradas científicamente protectoras y benéficas (para el paciente y/o profesional), compenetren la práctica con la misma intensidad con la cual son teóricamente aceitas.

En el contexto de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), la administración del cuidado de enfermería debe adecuarse no apenas a los avances tecnológicos y de infraestructura, como también a la integralidad de la atención, como un eje articulador de los procesos de trabajo. En esa lógica los trabajadores, gestores y recién nacidos/familiares deben ser considerados como protagonistas de la producción de salud⁽¹⁾.

En el tocante a la búsqueda de la calidad de la atención neonatal, se destaca el Método Canguro por contener nuevas formas de hacer y pensar el cuidado en la UTIN, exigiendo una transformación del modelo asistencial vigente y de las concepciones de los profesionales. La adopción del Método Canguro tiene por objetivo, en esencia, cambiar las actitudes en relación al cuidado y manoseo del bebé y a la participación de su familia. Ese objetivo, a su vez, posee embutido en sí mismo, algunas cuestiones del conocimiento/hacer del profesional, como el abordaje comunicativo y creativo, la abertura de espacios y la propia relación establecida para el cuidado⁽²⁾.

La enfermera posee un papel primordial en la administración de los cuidados de acogimiento, bienestar, estimulación e intervenciones ambientales de modo a promover el contacto piel con piel, el desarrollo del bebé y el fortalecimiento de lazos afectivos en la familia⁽³⁾.

A pesar de que están ocurriendo importantes cambios - en el campo político y asistencial, en busca de la calidad en la atención neonatal y en la administración del cuidado - las prácticas, frecuentemente, se encuentran desarticuladas de la perspectiva de la humanización y de la integralidad. Por ser una propuesta de cambios, el

Método Canguro ha encontrado desafíos, especialmente en la adhesión por parte de profesionales que estén sensibilizados suficientemente para esa nueva visión e impulsen el proceso de transformación de los cuidados neonatales. La preocupación en este estudio es con la primera etapa del Método Canguro, específicamente cuando el recién nacido está en una unidad neonatal. Se espera obtener resultados que contribuyan con la mejoría e implementación de esa estrategia de cuidado, en consonancia con la política de humanización e integralidad de la asistencia a los prematuros de bajo peso al nacer, sus padres y su familia.

Así, el objetivo de este estudio es construir un modelo teórico explicativo acerca de la adhesión de las enfermeras de la UTIN al Método Canguro, a partir de los significados e interacciones para la administración del cuidado.

Método

Se trata de un estudio situado en la postura epistemológica interpretativa de la investigación cualitativa. El referencial teórico adoptado fue el Interaccionismo Simbólico, que permitió explorar la adhesión de las enfermeras al Método Canguro como un fenómeno relacionado a los significados producidos por sus actividades interactivas en el cuidado. El ser humano, en función del símbolo, no responde pasivamente a la realidad, pero activamente de forma creativa siempre recreando el mundo de la acción⁽⁴⁾.

La Teoría Fundamentada en los Datos o *Grounded Theory* fue el referencial metodológico elegido por su alto grado de sistematización en la interpretación de los datos, que busca generar constructos o modelos teóricos, explicando la acción en el contexto social. Debido a la intensidad de su rigor analítico demanda del investigador sensibilidad teórica, actitud creativa y determinación⁽⁵⁻⁶⁾.

El trabajo de campo ocurrió en el segundo semestre de 2011 y primero de 2012, siendo evaluado por investigadores capacitados en la metodología. El escenario fue una UTIN de un hospital universitario público, en la ciudad del Rio de Janeiro (RJ), referencia para gestación de alto riesgo, especialmente en lo que se refiere al riesgo fetal, en el cual el Método Canguro está implantado en sus tres etapas desde el año 2000. Participaron del estudio ocho enfermeras, que llenaron los siguientes criterios de inclusión: tener más de un año de experiencia en el área intensiva neonatal; tener por lo menos seis meses en la UTIN de la institución;

y conocer la primera etapa del Método Canguro. No participaron de la investigación los profesionales que estaban ausentes por motivos de permiso médico durante la recolección de datos, siendo este el único criterio de exclusión.

La técnica utilizada para recolección de datos fue la entrevista del tipo en profundidad, con grabación de voz y validación de los declarantes. El instrumento fue previamente sometido a una prueba piloto, siendo compuesto por una breve caracterización del participante y por cuestiones orientadoras: "Hable sobre los significados que el Método Canguro tiene para usted en su trabajo en la UTIN y de cómo usted lo desarrolla con su equipo". Las declaraciones de los participantes fueron identificadas por códigos, cuyas letras se refieren a los pseudónimos escogidos y los números se refieren al grupo de muestreo que integraron.

La realización de las entrevistas fue finalizada a partir de la saturación teórica, posibilitada por el proceso simultáneo de recolección y análisis comparativo de los datos. Los criterios de representatividad de los sujetos y de calidad de las informaciones, para conferir densidad analítica, fueron usados en el proceso de muestreo teórico⁽⁷⁾.

Los datos fueron sometidos a las tres etapas de codificación, abierta, axial y selectiva; los códigos obtenidos fueron sometidos a comparaciones y agrupamiento inductivo en subcategorías y categorías. Por medio de la integración y del refinamiento de estas fue posible la configuración de un modelo teórico del tipo condicional-consecuencial. La redacción de memorandos y construcción de diagramas fueron dos técnicas analíticas utilizadas en todas las etapas de codificación, permitiendo mantener el enraizamiento en los datos⁽⁸⁾.

El modelo teórico obtenido fue validado por diecisiete profesionales de diferentes categorías e instituciones. Para fines de representatividad y amplitud, participaron de ese grupo tres tutores nacionales del Método Canguro, un tutor estatal (perteneciente a la institución escenario de la investigación) y seis enfermeras gerentes de unidades neonatales públicas de la ciudad de Rio de Janeiro. Esa etapa confirió credibilidad al estudio.

Todos los aspectos éticos fueron respetados conforme las Resoluciones 196/96 y 466/12. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Maternidad Escuela de la Universidad Federal del Estado de Rio de Janeiro, con parecer nº 20/2011. Los participantes firmaron el Término de Consentimiento

Libre e Informado, asegurándoles libertad de participación y preservación de la identidad.

Resultados

Todos⁽⁸⁾ los participantes fueron del sexo femenino, con edad variando entre 30 a 45 años, siendo el promedio de 39 años. El tiempo de formación de esas enfermeras varió de 4 a 19 años, con un promedio de 6 años de actuación en el área materno-infantil. La mayoría de las enfermeras⁽⁷⁾ refirió haber cursado especialización en áreas afines al desempeño de las actividades y todas relataron haber hecho entrenamiento teórico y/o práctico en el Método Canguro. En relación a la escala y función, cuatro participantes eran diaristas (primer grupo de muestreo) desarrollando actividades de supervisión y administración y cuatro trabajaban en turnos (segundo grupo de muestreo) ejecutando actividades asistenciales y de liderazgo de equipo.

Del proceso de codificación surgieron cuatro grandes categorías que integran los principales conceptos de esta investigación y contienen las relaciones entre los símbolos, las acciones, las interacciones sociales y los significados que emergen en lo cotidiano del trabajo en la UTIN.

Vistiendo la camisa del Método Canguro

La acción simbólica de "vestir la camisa" (código *in vivo*) del Método Canguro implica una comunicación interactiva con los otros acerca de la filosofía defendida y los modos de practicar el cuidado al bebé de bajo peso y a su familia, en la UTIN.

Las actitudes de adhesión citadas por las enfermeras fueron: tener una nueva perspectiva, creer, participar e interactuar en equipo. La actitud interna de creer en el Método Canguro y valorizarlo proviene de la vivencia, o sea, de la posibilidad de experimentarlo en la práctica del cuidado. Siendo así, el profesional confiere crédito a aquello que él vive y no necesariamente apenas a lo que se le presenta en los cursos y entrenamientos. *Creer para mí es tener certeza de que el Método funciona. Nosotros creemos en aquello que ha sido usado, experimentado y comprobado* (Enf D2).

La concretización sucede a partir de la unión de los esfuerzos de varios profesionales que creen en la filosofía del Método Canguro (Amor, Calor y Leche Materna) y se dedican a superar los desafíos, participan responsablemente y hacen que se haga efectivo el trabajo de la primera etapa con optimismo y determinación.

Para la adhesión del equipo, las enfermeras destacaron la importancia del contagio (código *in vivo*) en donde uno o más profesionales experimentados y participantes de la aplicación consiguen diseminar la filosofía y las prácticas entre los compañeros, con los cuales mantienen relación en lo cotidiano de la UTIN. *Entonces cuando yo hablo de vestir la camisa es eso, es creer e ir hasta el final. Creer y buscar aquello en todos los medios y contagiar a las otras personas. Contagiar para el bien mismo, en donde las personas también van a querer hacer parte de ese equipo, vestir esa camisa* (Enf C1).

Trabajando con la complejidad del Método Canguro

La caracterización de complejidad que aparece en el discurso de los sujetos se refiere a la multiplicidad y al comportamiento dinámico de las demandas de cuidado y administración en ese modelo asistencial en la UTIN; éste contempla cuestiones amplias e interconectadas como cuidado, ciudadanía y afectividad que se colocan en la concreción de la asistencia de forma singular, una vez que cada persona posee su historia.

Esas cuestiones impulsaron las enfermeras a concebir nuevos significados para el trabajo en la UTIN. *Entonces pienso que eso humaniza nuestro trabajo, no es solo ruido, aspiración, máquina. Suaviza, es como si todo quedase más caloroso. [...] Todas las cosas malas que pueden estar sucediendo en términos de trabajo, de dificultad para mí, observar y percibir cuanto aquello allí está dando resultado, madre con hijo en aquella posición (piel con piel), en aquel momento, aquello me alivia [...]* (Enf J2).

Las enfermeras presentaron una concepción de riesgo que supera los aspectos biológicos. En sus prácticas, demostraron preocupación con las vulnerabilidades de la familia del bebé prematuro y con cuidados que repercutiesen positivamente en la salud y calidad de vida después del alta hospitalaria, especialmente en términos de crecimiento y desarrollo infantil.

Para la práctica de la posición canguro, las enfermeras refirieron lidiar con criterios clínicos y con aspectos subjetivos de los padres. Las principales áreas destacadas en la actuación de las enfermeras en el Método Canguro fueron: acogimiento, comunicación, promoción de vínculo afectivo, estimulación de la participación y seguridad materna, minimización de sufrimiento/estrés del bebé y de la familia. *La madre, a partir del momento que comienza a hacerla (posición canguro), tiene más confianza que aquel bebé, inclusive siendo de bajo peso, ella será capaz de mantenerlo por algunas horas lejos de*

la incubadora. [...]Entonces, después que ellos comienzan a hacer la posición canguro, yo veo que aquello es un comienzo, es un camino nuevo (Enf S1).

Encontrando (des)motivación para aplicar el Método Canguro

Un importante aspecto vinculado al proceso de la adhesión es la motivación del profesional en aplicar el Método Canguro. Los discursos apuntaron para la necesidad de que las preferencias y aptitudes individuales de los profesionales de enfermería para el trabajo en la UTIN sean valorizadas.

La atracción y afinidad por el tipo de trabajo fue punto fundamental en el proceso motivacional y en la decisión de desarrollar el Método Canguro. Las enfermeras reconocieron que esa atracción por prácticas de humanización está vinculada a la filosofía de vida, al conjunto de conocimientos y respuesta emocional del profesional delante del estrés proveniente del trabajo. *Depende del espíritu de la persona, yo diría que con la filosofía también y de aquella influencia que tiene que haber en la hora de ser formado, de ser entrenado. Yo diría filosofía de vida, de relacionamiento, de humanización. [...] Porque existen personas que consiguen los dos lados, es intensivista y también tiene paciencia para hacerlo (Método Canguro), pero usted nota que existe aquella persona que hace, con cariño y todo, pero dice: ¡Espere! Yo no nací para eso, prefiero más un niño grave en el tubo, porque yo voy allá y voy a hacer* (Enf R2).

Las principales fuentes de motivación para desarrollar el Método Canguro fueron la constatación de la calidad y de la humanización conferida a los cuidados, el reconocimiento materno y el afecto de los familiares, los buenos resultados asistenciales constatados en el egreso de la UTIN y la satisfacción del profesional al notar participación, afecto y placer de otros compañeros en la aplicación del Método Canguro. *Lo que me motiva es ver después futuramente un niño saludable, saber que yo estoy contribuyendo para el futuro de ese niño, futuro saludable* (Enf D2).

Las principales fuentes de desmotivación para desarrollar el Método Canguro fueron: los valores discordantes vigentes en la terapia intensiva; las concepciones distorsionadas sobre el Método Canguro por parte de jefes y compañeros; y la falta alineamiento del trabajo en relación a los objetivos y a la desvalorización del Método Canguro por profesionales que no les gusta y no creen en el modelo. *Lo que me desmotiva es ver*

que no se le da la debida importancia (llanto). [...] ¡Usted presta una asistencia con tanto cariño! Nosotras sabemos que es importante, ¿Porqué las personas no le dan la importancia que tiene? (Enf A1).

Encontrando desafíos para la adhesión y aplicación del Método Canguro

Lo cotidiano asistencial de la enfermería en una UTIN es bastante complejo y presenta numerosos desafíos que exigen del profesional una amplia gama de conocimientos, habilidades y actitudes. La falta de tiempo fue destacada como factor limitante para la práctica del Método Canguro debido a la dinámica/rutina intensa, sobrecarga de trabajo y escasez de recursos humanos, teniendo como consecuencia la limitación de la disponibilidad del profesional para hacerse presente y dedicarse a cuidados que demandan tiempo (de escuchar y apoyo). *Entonces, acogimiento demanda tiempo, disponibilidad y allá dentro de la primera (primera etapa en la UTIN) usted no tiene, a veces recursos humanos, sea lo que sea, usted no tiene ese tiempo disponible para sentarse con aquella madre, para colocarlo en el pecho, para esperar el momento de él querer el pecho, de él dormir y despertar (Enf C1).*

Otras dificultades relatadas fueron el ambiente agitado y ruidoso de la UTIN, la inseguridad técnica y desarticulación entre los profesionales (de enfermería y de otras categorías) para la práctica del Método Canguro, la valorización extremada de la visión biológica, la existencia de actitudes de indiferencia, desinterés y descompromiso por parte de algunos profesionales, las resistencias y limitaciones impuestas por algunos médicos y la dificultad para trabajar en equipo. *El Método Canguro llegó para ayudarnos a desarrollar esa práctica mejor para los bebés, pero las personas no quieren. [...] Existe el profesional que hace eso y realmente se siente gratificado hasta profesionalmente, como persona. Pero hay otros que infelizmente no les importa (Enf E2).*

Existe una discontinuidad de las prácticas del Método Canguro en la UTIN, entre los profesionales y los turnos, siendo asociada a la falta de control, supervisión y estandarización. Las enfermeras relataron dificultades para administrar y resaltaron la necesidad de contar con estrategias para un liderazgo más seguro, mayor motivación del equipo y enfrentamiento de conflictos. *Yo pienso que liderazgo tendría que ser en el sentido de estimular a las personas a ejecutar el Método. Entonces,*

usted haciendo, hablando: escucha, vamos hacer ahora con esa madre y eso..., estando siempre vigilando (Enf AM1).

El modelo teórico

En la *Grounded Theory* la identificación del fenómeno central ocurre a partir de la búsqueda de conexiones entre las categorías y la tematización de la tipología de la relación que las une. Ella traduce el tema más relevante y muchas veces más frecuente en la ocurrencia de los datos⁽⁸⁾. Al interpretar comparativamente los datos, fue posible evidenciar el siguiente fenómeno central: es un multiplicador de valores y prácticas para la (des)continuidad del Método Canguro en la UTIN.

La noción de multiplicador adoptado en este estudio es de un profesional que introduce y disemina en su grupo de trabajo nuevas formas de ver y enfrentar los problemas con una mayor abertura a los cambios en la práctica. Siendo así, el multiplicador posee una competencia transformadora, ya que influencia la reorganización de la realidad social en la cual está inserido, construyendo con los demás una visión compartida de la realidad⁽⁹⁾.

El fenómeno central destaca dos importantes elementos que, de forma integrada, sustentan la transformación de lo cotidiano asistencial, valorización y continuidad; del cual surgen dos importantes posibilidades: el multiplicador que valoriza el modelo y disemina valores positivos, contribuyendo para la continuidad del Método Canguro con su práctica; y en el otro extremo, el multiplicador que desvaloriza el modelo y disemina valores negativos que generan desmotivación y favorecen la discontinuidad del modelo asistencial. De esa forma, la adhesión tiene su significado más real en la interacción con los otros profesionales y en éste participan cuestiones de valor, perfil, dedicación, conocimiento, relacionamiento y compromiso.

La interconexión de las categorías en esta investigación fue realizada con base en el Paradigma o Modelo Condicional/Consecuencial que ofrece un esquema organizacional para reunir y ordenar los datos, de forma que estructura y proceso queden integrados⁽⁵⁾. El diagrama (Figura 1) representa, de manera esquemática, las interacciones (convergentes o divergentes) que fortalecen o desgastan el proceso dinámico de la adhesión del profesional al Método Canguro.

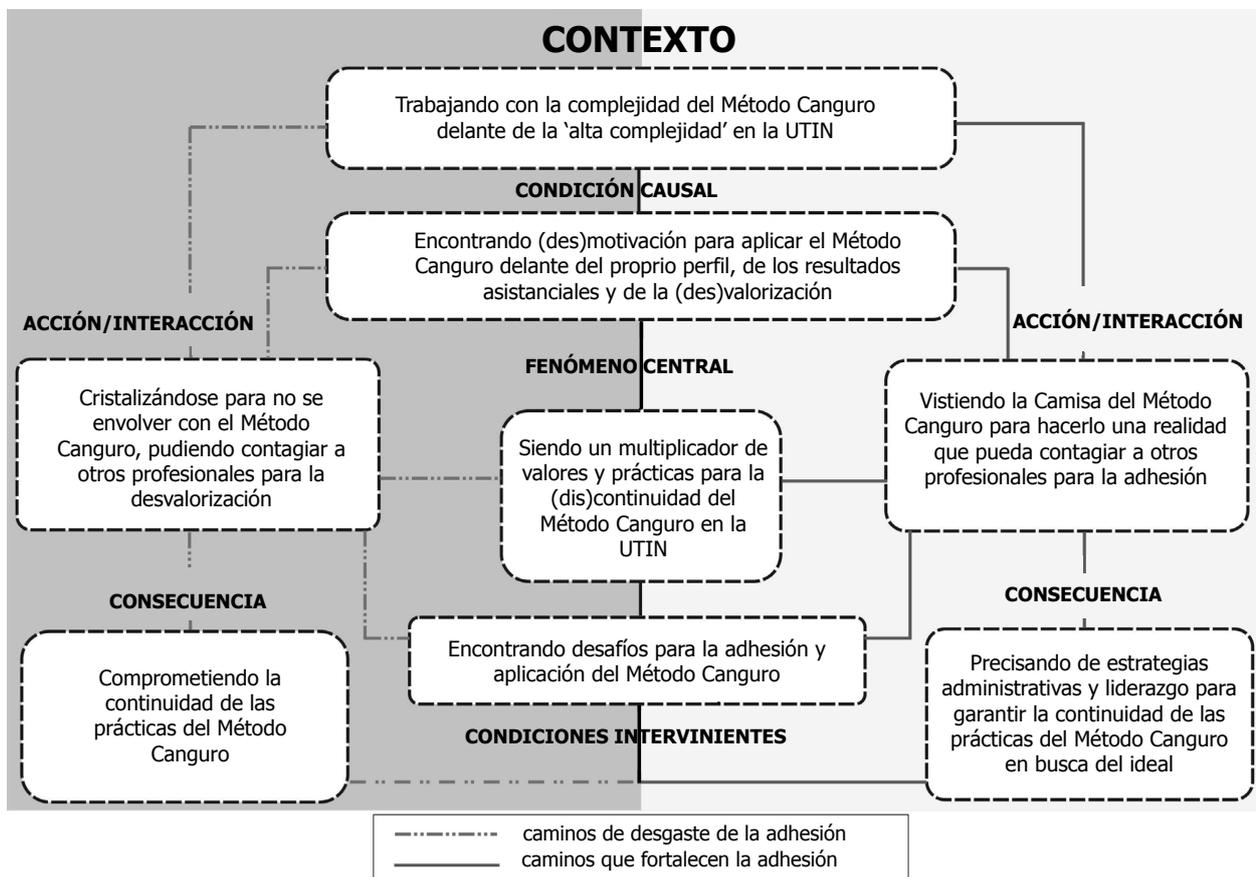


Figura 1 – Modelo teórico de la adhesión al Método Canguro

Discusión

En la perspectiva interaccionista, el enfoque no está exclusivamente en el individuo y en la influencia de la estructura social o de su personalidad sobre su comportamiento individual, pero sí en la naturaleza de las interacciones y en las actividades sociales dinámicas entre las personas que componen una sociedad⁽⁴⁾. Siendo así, la adhesión al Método Canguro puede ser concebida como resultante de las interacciones entre los profesionales en la UTIN, siendo, por tanto, dinámica, social e intersubjetiva.

En el contexto de la aplicación de las prácticas de humanización, existe un distanciamiento entre el trabajo prescriptivo, el establecido institucionalmente y aquel realmente ejecutado. Esa contradicción aparece delante de una estructura de trabajo jerárquica, generalmente centralizadora, en donde los profesionales son más valorizados por el dominio del medio tecnológico, por la ejecución de tareas estandarizadas y rutineras, que por las acciones en el campo relacional⁽¹⁰⁾.

Acciones esporádicas e inconsistentes, deficiencias en la formación y experiencia de los profesionales para cuidar de familias, cuestiones organizacionales, como disponibilidad de recursos y personal, la propia cultura y compromiso en el trabajo son áreas de dificultades para el

desarrollo de modelos que sean centrados en la familia. La inclusión de la familia en el ambiente de cuidados intensivos implica en redefinir las funciones de los profesionales y en la adopción de la humanización como una visión central en la formación y en la práctica profesional⁽¹¹⁻¹³⁾.

Los valores que predominan en la formación y en la práctica son provenientes del modelo médico hegemónico e influyen tanto el proceso público de trabajo como la práctica privada de cada trabajador. No es posible controlar totalmente el trabajo en salud, ya que él se concretiza continuamente a través de la relación entre personas y por eso está sujeto a la forma como el profesional realiza su práctica. Así, dentro de su espacio de autonomía los profesionales actúan con una intencionalidad basada en sus valores y concepciones⁽¹⁴⁾.

La forma como cada uno siente, piensa y actúa está impregnada por sus intenciones e intereses. Ese universo particular compone la dimensión psicosocial de la organización, que es dinámica porque las personas se transforman continuamente al interactuar, modificando también la realidad⁽¹⁵⁾. De esto proviene la importancia del establecimiento de un cambio procesual colaborativo, en el cual líderes y liderados formen conjuntamente una nueva cultura individual y colectiva, participando activamente del proceso y reconociendo que existen tensiones. Una de

esas tensiones es la dinámica del trabajo en la UTIN como fuente de placer y desgaste para el profesional⁽¹⁶⁾.

Algunas investigaciones realizadas en unidades neonatales revelaron: el atraso de los profesionales en relación a la elevada demanda de trabajo a la cual están sometidos diariamente, la escasez de material, la poca calificación del profesional de nivel técnico, la superpoblación, la estructura física inadecuada, la escasez de educación permanente, la falla en la comunicación del equipo y la ausencia de protocolo de asistencia⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Delante de esa realidad, es preciso reconocer el papel central de la administración del cuidado de enfermería como proceso, con gran potencial para influenciar cambios. Las acciones de mejoría en la asistencia dependen integralmente de la mejor actuación de los enfermeros en la administración del servicio y del equipo, adoptando posturas de liderazgo y comprometimiento con la profesión y con el desarrollo del trabajo⁽¹⁹⁾.

La administración es un poderoso instrumento para desencadenar en los equipos un proceso de reflexión crítica de la práctica cotidiana, favoreciendo la adhesión y el comprometimiento de los profesionales con un proceso de producción de cuidados de mayor calidad, que va más allá de las tareas y procedimientos fragmentados⁽²⁰⁾.

Para diseminación, implantación o fortalecimiento del Método Canguro, es necesario que administradores, gerentes y líderes comprendan la importancia de las competencias esenciales (individuales y organizacionales) que permitirán avanzar y alcanzar las metas y resultados. La práctica administrativa precisa estar directamente relacionada al desarrollo de las personas en el mundo del trabajo, promoviendo una cultura organizacional que valore cualidades que van más allá de las competencias técnicas. Se trata de una cultura constructiva, positiva, basada en conquistar e incentivar el humanismo, en donde hay un lugar especial para la creatividad, la emoción y el relacionamiento⁽²¹⁻²²⁾.

Para que las transformaciones en la práctica de enfermería sucedan, es necesario establecer una estrategia de formación de liderazgos que asuman las ideas innovadoras, proporcionen ambientes creativos y rompan las barreras que impiden las alteraciones organizacionales⁽²³⁾.

Cada profesional dependiendo de su perfil, puede experimentar, en el mismo contexto, vivencias que lo vinculen o lo aparten del modelo asistencial. La (re) construcción de los significados para el trabajo en el Método Canguro proviene de la interacción social. En esa multiplicidad de vivencias, surge el proceso de ser un multiplicador, cuya participación activa para realizar los cambios es esencial, conforme resultados de esta investigación.

Por medio de una práctica administrativa más participativa, las enfermeras pueden intensificar el trabajo de los equipos en el Método Canguro, proporcionándoles oportunidades de experimentar desafíos que tornen el

trabajo más atractivo, para un cuidado neonatal con más calidad, integral y humanizado.

Conclusión

La comprensión que emergió de este estudio es que el proceso de adhesión del profesional es dinámico y compuesto de elecciones, interacciones y significados, relacionados a su participación con el Método Canguro. Esa conexión puede variar en intensidad, dependiendo de la subjetividad y del perfil del profesional, y de la objetividad (estructura y proceso) del trabajo, traducándose en valores, actitudes y acciones en el espacio simbólico de las interacciones con el bebé, su familia y otros profesionales.

En ese contexto - al mismo tiempo individual, colectivo, subjetivo y objetivo - la adhesión al modelo asistencial es un fenómeno que se concretiza especialmente en el campo de la influencia sobre los demás profesionales. Por esa razón el papel de multiplicador ha recibido destaque en las declaraciones de las enfermeras que se preocupan en conquistar más profesionales para la transformación de las prácticas y para el fortalecimiento del Método Canguro.

Entonces, fue propuesto un modelo teórico que presenta como proceso de base para ese fenómeno el papel de multiplicador, asumido a partir de la motivación que la enfermera encuentra para pensar y actuar en relación al Método Canguro. La conexión de la enfermera y de su equipo con el modelo asistencial sufre influencias de la confrontación que se hace, en nivel simbólico, entre lo ideal, lo establecido por la política y lo real, circunscrito a las posibilidades concretas de efectuación.

Delante de las dificultades, las enfermeras destacaron la necesidad de realizar cambios de visión y actitudes en el cuidado, una vez que todavía existe significativa resistencia a las prácticas del Método Canguro en la UTIN. Mucho más allá del desconocimiento del modelo y de sus bases teórico-filosóficas, esa resistencia está vinculada a la perspectiva profesional-centrada, según la cual los cuidados son realizados sin considerar en primer plano las necesidades individuales del bebé y de su familia. Además de eso, la rutina intensiva impone un ritmo de procedimientos y tareas cronológicamente definidas para la cual muchos profesionales responden con la automatización.

En la interacción simbólica entre los integrantes del equipo de enfermería, existen los que valorizan el Método Canguro y persisten en su aplicación a pesar de las dificultades y otros que desvalorizan y comprometen la continuidad de las prácticas en la UTIN. En general, estos últimos se cristalizan en las prácticas del modelo vigente y son resistentes a las tentativas de efectuar cambios. Las dos posiciones están caracterizadas por la fuerte influencia que esos multiplicadores (favorables o desfavorables al modelo) tienen sobre la significación de los demás miembros del equipo relacionada al Método Canguro, que contiene

valores, actitudes y prácticas. De ese contexto de conflictos generado por la división de opiniones y prácticas en los equipos, surge la urgente necesidad de contar con estrategias de administración, dirigidas especialmente al fortalecimiento del Método Canguro en la UTIN y a la adhesión de los profesionales. Son esas estrategias que irán a garantizar la continuidad de las prácticas, de modo que la operacionalización del Método no quede limitada a ser elegida por algunos pocos profesionales, pero haga parte de una estructura de cuidados integrales en que participen los equipos.

Se recomienda el desarrollo de investigaciones que busquen comprender la relación entre el perfil de los profesionales que trabajan en la terapia intensiva neonatal con el desarrollo de competencias para prácticas de humanización, así como, con el delineamiento de estrategias administrativas y de capacitación que fortalezcan el Método Canguro.

Referencias

1. Gaíva MAM, Ribeiro MRR. Complexidade da gestão de serviços de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. In: Malagutti W, Caetano KC. organizadores. Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado. Rio de Janeiro (RJ): Rubio; 2009. p. 191-209.
2. Silva LJ, Silva LR, Leite JL, Adegas ECV, Silva IR, Silva TP. O ambiente da unidade neonatal perspectivas para o cuidado de enfermagem no Método Canguru. Rev Enferm UFPE On Line [Internet] 2013 Fev [acesso 16 julho 2014]; 7(2):537-45. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3678/5711>
3. Silva LJ, Silva LR, Christoffel MM. Tecnologia e humanização na unidade de terapia intensiva neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(3):684-9.
4. Charon JM. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 10th. Boston, U.S.A: Prentice Hall; 2010.
5. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. 2ªed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
6. Leite JL, Silva LJ, Oliveira RMP, Stipp MAC. Reflexões sobre o pesquisador nas trilhas da teoria fundamentada nos dados. Rev Esc Enferm USP 2012;46(3):772-7.
7. Dantas CC, Leite JL, Lima SBS, Stipp MAC. Grounded theory - conceptual and operational aspects: a method possible to be applied in nursing research. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2009;17(4):573-9.
8. Tarozzi M. O que é a Grounded theory? Metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados. São Paulo: Vozes; 2012.
9. Marra MM. Introdução. In: Fleury HJ, Marra MM. Intervenções grupais na educação. São Paulo: Ágora; 2005. p.11-16.
10. Amestoy SC, Schwartz E, Thofehrn MB. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2006;19(4):444-9.
11. Higman W, Shaw K. Nurses' understanding about the delivery of family centred care in the neonatal unit. J. Neonatal Nurs. 2008;14(6):193-8.
12. Staniszewska S, Brett J, Redshaw M, Hamilton K, Newburn M, Jones N, et al. The POPPY study: developing a model of family-centred care for neonatal units. Worldviews Evid Based Nurs. 2012;9(4):243-55.
13. Gallegos-Martínez J, Reyes-Hernández J, Scochi CGS. The hospitalized preterm newborn: The significance of parents' participation in the Neonatal Unit. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013;21(6):1360-6.
14. Feuerwerker LM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface - Comunic. Saúde Educ. 2005 set-dez;9(18):489-506.
15. Kurgant P, Massarollo MCKB. Cultura e poder nas organizações de saúde. In: Kurgant P, organizadores. Gerenciamento em enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 23-33.
16. Souza KMO, Ferreira SD. Assistência humanizada em UTI Neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2010; 15(2):471-80.
17. Nunes BK, Toma E. Assessment of a neonatal unit nursing staff: Application of the Nursing Activities Score. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013;21(1):348-55.
18. Cardoso SNM, Esteche CMGE, Oliveira MMC, Sherlock MSM, Cardoso MVLML. Desafios e estratégias das enfermeiras na unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Rene 2010 Out-Dez [acesso 16 julho 2014]; 11(4):76-84. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/426/pdf>
19. Bauli JD, Matsuda L M. Diagnóstico situacional do serviço de enfermagem de hospital de ensino sob a ótica dos profissionais de nível médio. Rev Adm Saúde 2009;11(43):55-62.
20. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas de gestão. Texto Contexto Enferm. 2009 18(2):313-20.
21. Aguiar ABA, Costa RSB, Weirich CF, Bezerra ALQ. Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. Rev Eletr Enferm. 2005 [acesso 16 julho 2014]; 7(3):318-26. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista7_3/pdf/original_09.pdf
22. Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
23. Magalhães AMM, Duarte ERM. Tendências gerenciais que podem levar a enfermagem a percorrer novos caminhos. Rev Bras Enferm. 2004;57(4):408-11.

Recibido: 31.7.2014

Acceptedo: 1.2.2015