

Elysângela Dittz Duarte

**O CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO NA
PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE: SABERES E
PRÁTICAS NO COTIDIANO DA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

**Belo Horizonte
2007**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Elysângela Dittz Duarte

**O CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO NA
PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE: SABERES E
PRÁTICAS NO COTIDIANO DA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Tese apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientador: Prof. Dr. César Coelho Xavier
Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Roseni Rosângela de Sena

**Belo Horizonte
Faculdade de Medicina da UFMG
2007**

D812c

Duarte, Elysângela Dittz.

O cuidado ao recém-nascido na perspectiva da integralidade [manuscrito] :
saberes e práticas no cotidiano da UTIN / Elysângela Dittz Duarte. – 2007.
190 f., enc. : il.

Orientador: César Coelho Xavier.

Co-orientadora: Roseni Rosângela de Sena.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

Bibliografia: f. 158-167.

Anexos: f. 168-181.

1. Recém-nascido – Teses. 2. Unidades de terapia intensiva neonatal –
Teses. 3. Assistência perinatal – Teses. 4. Neonatologia – Teses. 5. Atenção
integral à saúde – Teses. 6. Cuidados intensivos – Teses. I. Xavier, César
Coelho. II. Chompré, Roseni Rosângela. III. Universidade Federal de Minas
Gerais. Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WS 420

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Ronaldo Tadêu Penna

Vice-Reitora: Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Jaime Arturo Ramirez

Faculdade de Medicina

Diretor: Prof. Francisco José Penna

Vice-Diretor: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Centro de Pós-Graduação

Coordenador: Prof. Carlos Faria Santos Amaral

Subcoordenador: João Lúcio dos Santos Jr.

Chefe do Departamento de Pediatria

Profa. Cleonice de Carvalho Coelho Mota

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

Coordenador: Prof. Joel Alves Lamounier

Subcoordenador: Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Colegiado:

Prof. Joel Alves Lamounier

Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Prof^a Ana Cristina Simões e Silva

Prof. Francisco José Penna

Prof^a Ivani Novato Silva

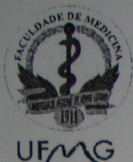
Prof. Lincoln Marcelo Silveira Freire

Prof. Marco Antônio Duarte

Prof^a Regina Lunardi Rocha

Ludmila Teixeira Fazito (Rep. Disc. Titular)

Dorotêa Starling Malheiros (Rep. Disc. Suplente)



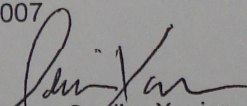
FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

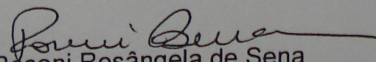
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3248.9641 FAX: (31) 3248.9640

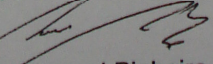


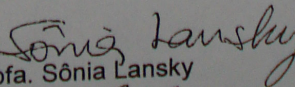
DECLARAÇÃO

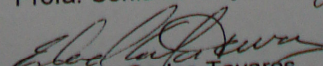
A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: César Coelho Xavier, Roseni Rosângela de Sena, Roseni Pinheiro, Sônia Lansky, Eduardo Carlos Tavares e Matilde Meire Miranda Cadete, aprovou a defesa de tese intitulada: **"O CUIDADO AO RECÊM-NASCIDO NA PERSPECTIVA DS INTEGRALIDADE: SABERES E PRÁTICAS NO COTIDIANO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL"**, apresentada pela doutoranda **ELYSÂNGELA DITZ DUARTE** para obtenção do título de doutor em Ciências da Saúde, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 23 de novembro de 2007


Prof. César Coelho Xavier
orientador


Profa. Roseni Rosângela de Sena
Co-orientadora


Profa. Roseni Pinheiro


Profa. Sônia Lansky


Prof. Eduardo Carlos Tavares


Profa. Matilde Meire Miranda Cadete

Para Papai e Bernardo

Agradecimentos

Depois de todo o tempo de trabalho dedicado para escrever esta tese, não sei precisar quando começou e a sensação de que ainda há muito por fazer é forte. Embora ela tenha se constituído em problema, objetivo e método durante o doutorado, foi pelos caminhos que escolhi trilhar que ela foi sendo construída.

Não considero que a tenha finalizado. Apresento aqui um fim provisório visto que outros caminhos me foram apontados para que pudessem ser seguidos.

Mesmo com o caráter transitório que apresento o fim dessa tese, não teria sido possível sem a presença de algumas pessoas em minha vida. Mesmo sabendo que não conseguirei me lembrar de todas, arrisco-me a citar alguns nomes.

Aos meus pais, Dalton e Ana por sua presença constante, renovando os valores imprescindíveis para uma vida digna.

À Prof^a Dr^a Roseni Sena que cuidadosamente me guiou, acompanhando de perto cada passo desse estudo, concedendo-me toda a liberdade necessária para que eu fizesse as minhas escolhas. Agradeço pelo carinho e respeito a cada um dos momentos que vivi nesses últimos anos compreendendo os tempos necessários para retomar os trabalhos.

Ao Prof. Dr. César Coelho Xavier pelas oportunidades de discussão que me faziam repensar a construção desse estudo e me instigavam a fortalecer-me nas minhas opções.

Ao Bernardo por presentear-me diariamente com a alegria de sua existência e renovando-me com a sua vitalidade. Como não conseguir prosseguir ou até mesmo pensar em ir mais adiante após receber um sorriso largo, e ouvi-lo me perguntar após horas de estudo: “Mamãe, você está bem?”, “Mamãe, você está feliz?”. Melhor ainda era, mesmo com minhas ausências, ouvi-lo dizer “Mamãe, eu estou muito feliz”. Isto ficará guardado para sempre.

Ao Ednaldo por estar do meu lado em mais uma das minhas escolhas.

À Erika Dittz pela valiosa literatura disponibilizada, pelas possibilidades de discutir e refletir sobre o objeto de estudo e os momentos na retarguarda com o Bernardo dando-me a tranquilidade necessária.

Ao Dalton Dittz Júnior pela presteza e apoio sempre que precisei.

À D. Elvira pelo afeto que sempre me dispensou, se alegrando com as minhas conquistas. A sua ausência tornou a saudade um sentimento concreto e constante.

À equipe da Creche José de Souza Sobrinho que de maneira carinhosa e dedicada compartilharam comigo os cuidados com Bernardo.

À Prof^a.Dr^a.Lélia Maria Madeira por sua generosidade para discutir as idéias iniciais dessa tese, apoiando-me sempre.

À Prof^a.Dr^a Roseni Pinheiro pela oportunidades de conversa e as indicações para as leituras. Mesmo com os inúmeros compromissos, esteve sempre disponível quando precisei.

Aos colegas de trabalho que dividiram comigo as tarefas do cotidiano, permitindo-me os momentos de dedicação a essa tese, com um reconhecimento especial para Lara P., Patrícia Ramos, Dulcinéia Cordeiro, Nágela Cristine, Patrícia Braga.

À Vera Cristina T. Bonazzi, que acolheu minhas demandas, solidarizando-se e possibilitando as articulações para os distanciamentos necessários à elaboração desse estudo.

À Clarissa Seixas e Kênia Lara pela disponibilidade em participar da coleta de dados.

Aos tios e primos, especialmente Tia Tereza, Família Xavier e os Tebas que sempre foram fontes de afeto e apoio garantidos.

Ao Dr. Ivo de Oliveira Lopes por apoiar e instigar a, cotidianamente, procurar formas de garantir o melhor cuidado aos usuários.

Ao NUPEPE pelas possibilidades de reflexão e produção coletiva do conhecimento.

Aos profissionais e usuários que construíram a realidade do estudo permitindo-me uma aproximação.

À Tatiana Coelho Lopes, que mesmo à distância é companhia constante e sempre disponível a acolher minhas inquietações de diferentes naturezas.

À Camila Luz pela sensibilidade e disponibilidade para captar as minhas idéias e traduzi-las nas gravuras que ilustram essa tese.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar os elementos que garantem a integralidade a partir da prática dos profissionais na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Sofia Feldman. Para viabilizar os objetivos dessa tese, adotamos a metodologia qualitativa, com orientação teórico-metodológica da dialética. O estudo foi realizado no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, Minas Gerais e teve como sujeitos 10 profissionais que assistem ao recém-nascido na UTIN e 7 pais de recém-nascidos aí internados. A coleta de dados foi realizada por meio de Oficina de Trabalho estruturada em quatro momentos: aquecimento, reflexão individual, reflexão grupal, síntese e avaliação. A oficina foi realizada separadamente com o grupo de profissionais e de pais. Utilizou-se também da observação participante, tomando como orientador para as observações, situações de cuidado ao recém-nascido. Para o tratamento e análise dos dados coletados optamos por utilizar a Análise de Discurso, dos quais emergiram as categorias empíricas: atos de saúde que materializam a integralidade; a integralidade do trabalho em saúde: potencialidades, conquistas e desafios; a vivência na Unidade ensina e desafia a cada momento; possibilidades na vida do neonato: os modos de ser na vida; os desafios da equipe no cotidiano do seu trabalho para a construção da integralidade. A partir dos dados da pesquisa, foram evidenciadas as potencialidades da prática dos profissionais orientada pelo sentido de integralidade, reafirmando a importância do trabalho em equipe e permitindo apreender os atos de saúde que materializam a integralidade ou que não a expressam. Verifica-se que a presença da mãe modifica as relações e o ambiente na UTIN, isso impõe um constante repensar e replanejar do trabalho dos profissionais exigindo mais da equipe de saúde. Foram apreendidos os desafios a serem superados pela equipe para a construção da integralidade como a melhora da comunicação profissional-profissional e profissional-mãe, estratégias apoiadoras para a equipe, buscar articular o trabalho entre os diferentes profissionais e entre os diferentes pontos de atenção, utilizar da presença da família na unidade e da sua observação privilegiada para a construção de práticas de saúde integrais e construir com a família e a rede de atenção à saúde possibilidades para que essas crianças possam ir para casa considerados os seus modos de ser na vida.

PALAVRAS-CHAVE: Recém-nascido, Unidades de Terapia Intensiva neonatal, Neonatologia, Relações profissional-família, relações pais-filho.

ABSTRACT

This study had the objective of analyzing the elements that assure holistic care based on the practice of health workers in the intensive care unit of the Sofia Feldman Hospital. In order to attain the objectives, we chose a qualitative methodology, guided by theoretical-methodological dialectics. The study was carried in this hospital in Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil, and the subjects were ten health workers caring for newborn babies at the Intensive Care Unit and seven parents of patients. Data was collected through a structured workshop at four different moments: ice-breaking, individual reflection, group reflection, summary and evaluation. The workshop was held separately for the health workers and the parents. Participant observation was used based on situations of care for the neonates. For treating and analyzing the data collected, we chose discourse analysis, from which arose empirical categories: health acts that show holistic care; holistic care of health work: potentials, achievements and challenges; experience in the ICU teaches and challenges at each moment; possibilities in the life of the neonate: ways of being in life; the challenges of the team in their daily work to build holistic care. From the research data, it was possible to see the potential of the practice of health workers guided by holistic care, reaffirming the importance of team work and making it possible to learn acts of health that bring about holistic care or which do not show it. It can be seen that the presence of the mother changes the relations and environment in the neonatal ICU and imposes a constant rethinking and re-planning of the work of health professionals, demanding more from the health team. The challenges to be overcome by the team to build holistic care were understood, such as, improving communication between health workers, health workers and mothers, strategies which support the team, seeking to coordinate the work between different health workers and the different points of healthcare, using the presence of the family in the ICU and their unique position of observation to build holistic health practices and to build, together with the family and the healthcare services, possibilities for these children to be able to go home, considering their ways of being in life.

KEY-WORDS: Newborn; Neonatal Intensive Care Unit; Neonatology; Health worker-family relations; Parent-child relations.

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT.....	
1 APRESENTAÇÃO	14
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	17
3 OBJETIVO	28
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	29
4.1 A escolha do método.....	29
4.2 Estratégias operacionais da pesquisa.....	31
4.2.1 Os Sujeitos pesquisados.....	31
4.2.2 O lugar do estudo.....	32
4.2.2.1 A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	40
4.2.3 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	44
4.2.4 Instrumentos para aproximação da realidade.....	45
4.2.4.1 Oficina de Trabalho: espaço de coleta de dados, reflexão e produção coletiva de conhecimento.....	45
4.2.4.1.1 Estruturação dos grupos para as Oficinas de trabalho.....	49
4.2.4.1.2 O desenvolvimento das Oficinas.....	53
4.2.4.2 Observação Participante.....	58
4.2.5 Tratamento e análise dos dados.....	61
5 ANÁLISE DOS DADOS.....	68
5.1 ATOS DE SAÚDE QUE MATERIALIZAM A INTEGRALIDADE.....	68
5.2 INTEGRALIDADE DO TRABALHO EM SAÚDE: POTENCIALIDADES, CONFLITOS E DESAFIOS.....	85
5.2.1 As lógicas da organização do trabalho e o usuário como observador privilegiado.....	85
5.2.2 O trabalho em equipe na construção da integralidade.....	101
5.2.3 Expressões do <i>trabalho vivo</i> : atos cuidadores viabilizados.....	109
5.3 A VIVÊNCIA NA UNIDADE ASSISTENCIAL ENSINA E DESAFIA A CADA MOMENTO.	117
5.4 POSSIBILIDADES NA VIDA DO NEONATO E SEUS MODOS DE SER NA VIDA.....	147
5.5 OS DESAFIOS DA EQUIPE PARA A CONSTRUÇÃO DOS SENTIDOS DE INTEGRALIDADE.....	154
6 PRODUZINDO VIDAS: “O SOFIA QUE A GENTE VIVE” E O “SOFIA QUE A GENTE APRESENTA”	164

REFERÊNCIAS	167
--------------------------	------------

ANEXOS	177
---------------------	------------

1 APRESENTAÇÃO

O conhecimento que buscamos é sempre maior do que o recorte feito para uma pesquisa. O início da investigação vem de inquietações e dúvidas que são sua força motriz mas inseridas em uma realidade vivenciada por quem deseja conhecer. Portanto, o pesquisador não é neutro em suas escolhas. Ao recortar a realidade a ser investigada, traz consigo seus valores, suas crenças, suas escolhas, seus sonhos. E deve ter como condição imprescindível a disponibilidade para deixar surgir novos sujeitos e novas realidades.

Isso posto permito-me pontuar alguns determinantes importantes para o estudo da assistência ao recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) sob a perspectiva da integralidade.

São implicações que dizem respeito a minha vida pessoal: de ter escolhido trabalhar na área de saúde, mais especificamente no cuidado ao recém-nascido, de ter tido uma formação centrada no corpo biológico e que se mostrou insuficiente tanto para meu trabalho assistencial quanto para meu trabalho como docente e, ainda, minha inserção em uma instituição que defende e busca concretizar os princípios do Sistema Único de Saúde. Somam-se, a isso, o espaço de aprender e fazer pesquisa que encontrei junto aos pesquisadores do Núcleo de Pesquisa de Práticas e Ensino em Enfermagem (NUPEPE) da Universidade Federal de Minas Gerais e do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis).

Em minha inserção no SUS, uma rica produção de propostas se revelava como possibilidades para o reconhecimento e o enfrentamento das necessidades de

saúde do indivíduo e da coletividade. E, com isso, a necessidade de construir um olhar crítico que me possibilitasse entender a distância existente entre o aval jurídico-legal obtido pelo Movimento Sanitário e sua concretização, na prática. Nessa busca, encontro autores que defendem o caminho das mudanças estruturais – hierarquização, descentralização, regionalização – combinadas à constituição de novos sujeitos para uma prática que estreitasse a distância entre os trabalhadores e entre os trabalhadores e os usuários.

Mas como promover essas mudanças em uma cultura onde a tecnologia se interpõe na relação profissional-usuário, que tem como prioridade o tratamento da doença, e diferentes saberes acabam se sobrepondo na busca para a cura do corpo doente? E sabendo que a doença é percebida a partir de normas socialmente construídas, que a saúde pressupõe a capacidade de adaptação a novas normas de vida, quais as possibilidades concretas de se construir uma prática para além da medicalização da doença e do corpo doente? E como os profissionais, que em um contexto de práticas fragmentadas buscam concretizar a integralidade?

Nesse sentido, trazer para o cotidiano de meu trabalho esses questionamentos se apresentou como uma possibilidade de interrogá-lo de maneira sistematizada buscando formas de identificar as potencialidades existentes nas ações de saúde que pudessem favorecer a saúde integral defendida no SUS.

Assim, em um primeiro momento, pretendo contextualizar o cuidado ao recém-nascido e o recorte desse cuidado na UTIN, eleito como cenário para essa investigação, bem como o pressuposto e objetivo da mesma.

Posteriormente apresentamos o percurso da pesquisa iniciando pela opção pela abordagem qualitativa e sustentada na corrente teórico-metodológica da

dialética para depois apresentarmos o cenário no qual foi realizada. A seguir, discorreremos sobre os procedimentos de coleta e análise dos dados.

Na análise dos dados, buscamos captar os núcleos de sentido que compuseram as categorias e apreender as ações que garantiam a integralidade do cuidado ao recém-nascido relacionando ao pressuposto definido e ao referencial teórico.

Em seguida, foi elaborada uma síntese a partir do conteúdo trabalhado na análise, não a entendendo como conclusiva mas com direcionalidade para continuarmos pensando e construindo a integralidade na atenção à saúde. Esperamos, assim, trazer uma contribuição teórico-metodológica ao tema e na formulação de novas perguntas investigativas.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

A especialização e os investimentos realizados nos últimos anos para o cuidado ao recém-nascido têm levado a um crescimento da Neonatologia nas últimas décadas, o que a torna a maior subespecialidade da Pediatria (CONE JR., 1980). Tal evolução tem ocorrido, entretanto, envolvida em controvérsias e “*afetadas pela ética, cultura e valores políticos da sociedade em que é praticada*” (LUSSKY, 1999, p.1). A sociedade tanto influencia a construção dessa ciência, como também sofre as influências de sua prática, principalmente, quando essas práticas afetam os costumes já cristalizados.

Historicamente, o cuidado ao recém-nascido era provido pela mãe, que recebia ajuda de parteiras, de sua avó, de amas-de-leite ou de alguma mulher mais velha que possuísse alguma experiência. Até o século XIX, os médicos essencialmente ignoravam as crianças, consideravam-se despreparados para arcar com seus altos índices de morbi-mortalidade e, também, se sentiam incompetentes para realizar diagnósticos ou curá-las (CONE JR., 1980).

Segundo o mesmo autor, uma razão para o recém-nascido não despertar o interesse da medicina era a ocorrência dos partos nos domicílios, quase em sua totalidade que assistidos por parteiras. A partir de 1900, tem-se o aumento no número de nascimentos hospitalares e os obstetras passam a assumir o cuidado dos neonatos. Se, até então, o cuidado ao recém-nascido estava vinculado ao cuidado prestado à parturiente, por parteiras ou familiares, com a institucionalização do parto e a profissionalização dos cuidados obstétricos e neonatais, os familiares perdem seu lugar de cuidadores e passam a prevalecer as normas e protocolos institucionais

acreditando-se ser essa uma forma de modificar as taxas de morbi-mortalidade neonatal.

Essas mudanças significativas na assistência hospitalar ao recém-nascido foram impulsionadas pelo desenvolvimento tecnológico ocorrido após a Revolução Industrial quando os berçários tinham uma finalidade também social. A redução da mortalidade neonatal era uma garantia de força de trabalho inserida em um contexto de redução das taxas de natalidade e de risco de despovoamento. (SCOCHI; COSTA; YAMANAKA, 1996; SCOCHI, 2000).

No Brasil, durante o século XIX, a maioria dos partos ocorria ainda no domicílio e o bebê era mantido ao lado da mãe. Iniciava-se uma lenta institucionalização do parto que servia, nesse período, apenas para atender a dependentes e necessitados (SCOCHI; COSTA; YAMANAKA, 1996).

Para Cone Jr. (1980), o crescente aumento dos nascimentos nos hospitais, cria um espaço para a expansão da assistência aos neonatos, surgindo a Neonatologia como subespecialidade da Pediatria.

Essa institucionalização do parto, associada principalmente à necessidade de se reduzir a mortalidade neonatal, ao desenvolvimento tecnológico e à extensão da ação da obstetrícia até os recém-nascidos, determina a criação dos berçários que se tornam um local de acesso restrito impondo limites até mesmo à ação dos obstetras (SCOCHI, 2000).

Com a construção de um corpo de conhecimentos específicos e o desenvolvimento de técnicas e equipamentos, observa-se uma repercussão direta na sobrevivência de neonatos cada vez mais prematuros. Pode-se observar um afluxo de investimentos em pesquisas e equipamentos a partir dos investimentos

financeiros realizados e todo um incremento de tecnologias a partir da II Guerra Mundial (KLAUS E KENNEL, 1978; SCOCHI; COSTA; YAMANAKA, 1996).

Para Scochi (2000), com a criação das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a ênfase da assistência aos neonatos é o processo diagnóstico e terapêutico para a recuperação biológica dos prematuros ou a cura da doença tomada como um desvio da normalidade.

Por influência da prática norte-americana, a partir de 1950, iniciou-se, no Brasil, a utilização do hospital com o objetivo de se prestar melhor assistência obstétrica, juntamente com a adoção dos berçários tanto para os recém-nascidos sadios quanto para os enfermos determinando a separação entre mãe e filho com conseqüências daí advindas. (AGUIAR; XAVIER, TARTÁGLIA, 1984).

Considerando-se a absoluta dependência do recém-nascido (WINNICOTT, 1999) e a intensidade dos múltiplos eventos que envolvem o parto e o nascimento, fica difícil separar o cuidado do neonato do cuidado de sua mãe e de sua família, principalmente aquela que visa a promoção e a manutenção da saúde.

Entretanto, mesmo sendo um grande avanço, as práticas adotadas decorrentes dos novos conhecimentos no atendimento aos recém-nascidos prematuros e/ou doentes contribuíram para a separação do recém-nascido de sua mãe e de sua família. Uma separação que limita o contato e, o desenvolvimento dos potenciais cuidadores em sua habilidade de cuidar das crianças.

As perspectivas de vida do neonato prematuro e/ou doente advindas das tecnologias utilizadas para seu cuidado passam a exigir também a incorporação de profissionais mais qualificados técnica, científica e eticamente. Entretanto, esses profissionais têm diferentes olhares para o neonato, levando a uma inevitável segmentação no atendimento de suas necessidades.

Assim, mesmo apresentando eficácia na redução da mortalidade, o desenvolvimento tecnológico modifica a organização do trabalho na atenção à saúde do recém-nascido e passa a intermediar a relação dos profissionais com a criança (SCOCHI, 2000).

Somente após adquirir certo domínio sobre as patologias e as intercorrências que representavam causas de morbi-mortalidade materna e infantil é que Obstetrícia e Neonatologia passaram a discutir aspectos como relação pais-bebê, a prevenção de traumas psíquicos futuros e a criação de ambiente favorável ao desenvolvimento integral do indivíduo (BRAZELTON, 1988).

Scochi (2000) acredita que o aumento da sobrevivência do prematuro traz a necessidade de outras formas de atendimento “[...] *como o afeto, o vínculo, o acolhimento, o desenvolvimento integral da criança e da família, a assistência multiprofissional, o seguimento a longo prazo, a desospitalização, dentre outras.*” (SCOCHI, 2000, p.90).

Atualmente, as UTINs, constituem-se em um dos setores de maior especialização do cuidado aos recém-nascidos dentro das instituições de saúde. Nesse espaço restrito há concentração de diferentes profissionais, diferentes tecnologias e diferentes saberes.

Em determinados momentos, a atuação dos profissionais parece ocorrer de forma sinérgica para uma assistência que atenda mais amplamente as necessidades do recém-nascido. Em outros, são ações tão fragmentadas que certamente não contemplarão as dimensões da criança, considerando sua inserção na família e na sociedade.

Sabendo-se das influências sociais sobre os investimentos para o cuidado aos neonatos e a repercussão desse cuidado na sociedade, não se pode deixar de

inserir-lo em uma discussão ampliada, dentro do Sistema de Saúde no qual ele é gerenciado e praticado. Para tanto, faz-se necessário buscar uma contextualização do Sistema de Saúde vigente para, então, discutirmos a atenção que oferecemos e a que temos como “imagem objetivo”¹.

O desejo de transformação social expresso pelo movimento da Reforma Sanitária, tomando o conceito ampliado de saúde e seus determinantes, foi assumido pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e consubstanciado juridicamente com a Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde que procuravam organizar a saúde pela criação de um Sistema Único de Saúde.

A Constituição de 1988 reconhece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, cabendo a este garanti-la por meio de políticas sociais e econômicas que possibilitem um “*acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*”. Assim, fica delineado o Sistema Único de Saúde (SUS) que é caracterizado por seu financiamento público e pela organização baseada na descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988; MATTOS, 2001).

Os princípios do SUS expressam valores que a sociedade, de forma concensuada, definiu como ideais para a saúde. A universalidade rompe com o modelo anterior no qual a atenção à saúde estava condicionada à participação no mercado de trabalho e a contribuições prévias. O atendimento integral prevê a articulação de ações e de serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, que melhorem efetivamente a qualidade de vida da população. Com a equidade, são

¹ Mattos (2001) considera essa “imagem objetivo” a diferenciação do que possuímos, que sintetiza o nosso movimento e tenta nortear-nos a uma transformação da realidade. Caracteriza-se pelas inúmeras interpretações que possui.

reconhecidas as diferenças existentes nas necessidades de saúde, entre os indivíduos ou entre as diversas comunidades, para a oferta de ações diferenciadas. Quanto aos princípios operativos, foram delineados a descentralização das ações e serviços de saúde, com ênfase para os municípios; a regionalização e a hierarquização, entendendo-se esse arranjo como o que melhor possibilita a participação dos diferentes segmentos da sociedade e, ainda, a identificação das diversidades locais.

Sabendo-se que, no ideário da reforma sanitária brasileira, universalidade, integralidade e equidade são objetivos da atenção à saúde, acredita-se que principalmente a integralidade e a equidade, sejam ideais que não se limitam ao acesso a determinados serviços de saúde mas interferem no campo das micropolíticas de saúde no tocante à organização de nossa prática (CECÍLIO, 2001). Não desconsiderando a relação intrínseca entre esses princípios, destacamos aqui a integralidade por ser o foco principal deste trabalho.

Acreditamos ser oportuna a discussão mais ampla feita por Mattos (2001), ao considerar a integralidade como parte de uma *imagem objetivo* por carregar um conjunto de valores que move à luta por uma sociedade diferente. Na transformação dessa realidade, a integralidade assume diferentes sentidos de acordo com sua utilização, seja na organização de serviços, na elaboração de programas e políticas de saúde seja na construção de suas práticas, gestão e assistência, oferecendo assim, inúmeras possibilidades para a modificação da realidade.

Portanto, o sentido de integralidade adquire diferentes matizes à medida que é aplicado e Mattos (2001, p.61) acredita que, independente de sua utilização, a “[...] *integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo*”. Isso pode significar,

por exemplo, uma não redução do recém-nascido a uma doença ou considerar também sua necessidade de criar e fortalecer os vínculos com sua família.

Tomados a partir de onde são materializados ou até mesmo ressignificados os princípios do SUS, o cotidiano dos serviços de saúde, Pinheiro e Guizardi (2004) defendem que a integralidade deva contemplar uma ação de cuidado que, tomada na perspectiva do cuidado como ação integral, produza relações de acolhimento, dignidade, vínculo e respeito no encontro dos vários atores envolvidos (profissionais, usuários e instituições)

Pensando a integralidade na assistência prestada no hospital, Cecílio e Merhy (2003, p.110) consideram a atenção integral a um paciente como “[...] o esforço de uma abordagem completa, holística, portanto integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por um certo período de sua vida, precisasse de cuidados hospitalares”. Segundo os autores, para que ocorra o cuidado integral faz-se necessária a utilização de tecnologias de saúde disponíveis.

As tecnologias são aqui abordadas conforme os conceitos de Merhy (1994), não limitada ao contido nos equipamentos, aparelhos e instrumentos, mas considerando o saber utilizado, a eficácia e a finalidade desses saberes. Assim, classifica as tecnologias aplicadas no trabalho em saúde como

[...] leve (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-dura (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e dura (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).

(MERHY *et al*, 1997, p.121)

Considerando-se a particularidade de o trabalho em saúde ter como eixo o *trabalho vivo* em ato e um objeto que não se encontra completamente

determinado, tem-se as tecnologias relacionais como as principais formas de intervenção na produção dos atos de saúde (MERHY, 1997). Para os autores, a tecnologia *leve* apresenta-se tanto como uma forma de gestão de processos quanto de ação para a produção de bens e produtos, sendo mediadora das possibilidades de alcance da integralidade do cuidado.

Tendo como espaço de integralidade da atenção à saúde o hospital, observa-se que é resultado do esforço da conjugação dos vários saberes da equipe profissional, tanto no espaço concreto quanto singular dos serviços (CECÍLIO, 2001). Honorato e Pinheiro (2007) insistem na perspectiva da ação dos profissionais para a construção da integralidade, ao afirmarem que ela delineia um campo que exige a ação em rede de diferentes profissionais, com suas especificidades para uma ação resolutive.

Quando, no contexto da atenção à saúde produzida no hospital, direcionamos o olhar para a UTIN, podemos observar uma maior concentração de profissionais, tanto em número quanto em categorias diversificadas que, além da articulação de suas práticas, fazem uso predominantemente de tecnologias *dura* e *leve-dura*.

Provavelmente a predominância dessas tecnologias nas UTIs se justifica pelo impacto que produzem nas necessidades de saúde normalmente aí percebidas que são as de prolongamento e melhora da qualidade de vida do usuário. Mesmo sendo a mais visível e valorizada, não é plena no oferecimento de uma assistência integral e de qualidade. Partindo dessa premissa, o modelo de atenção que propõe o atendimento às necessidades objetivas e subjetivas do usuário deve buscar uma reorientação a partir de suas necessidades.

Isso impõe refletir sobre a demanda de uma assistência que não se limite apenas à recuperação do corpo biológico do recém-nascido, mas também no atendimento a suas necessidades psico-biológicas e sociais, tornando premente a inclusão da família no cuidado.

Quando observamos a atenção que oferecemos ao recém-nascido nas UTINs, temos um paciente fragmentado entre os vários saberes e que, além da necessidade de prolongar a vida, ele precisa criar e fortalecer vínculos e de adquirir autonomia para levar a vida. Reconhecendo o alto grau de dependência física e emocional do neonato, como oferecer um cuidado integral sem se incluir a família?

Se olharmos para a história da atenção ao recém-nascido, observamos que tem sido marcada de separações e aproximações do recém-nascido com sua família, tendo como determinantes as políticas de saúde e as tecnologias adotadas para o cuidado (DUARTE, 2001). O que vemos hoje é uma série de iniciativas empreendidas no intuito de fortalecer essa aproximação como o Alojamento Conjunto, Cuidado Mãe Canguru, Hospital Amigo da Criança e Internação Domiciliar. São iniciativas direcionadas a diferentes grupos de neonatos que têm em comum a característica de implicar a família no cuidado. Oferecem ao recém-nascido a possibilidade do atendimento a demandas que não poderiam ser contempladas na assistência oferecida apenas pelos profissionais e, aos familiares, o suporte para que se sintam capazes de continuar cuidando do bebê no domicílio.

Além dessas iniciativas propositivas de um cuidado integral, devem ser consideradas ações realizadas pelos profissionais que podem revelar sentidos de integralidade. Dentre algumas apontadas por Lockridge (1999) e Scochi (2000), além do reconhecimento da individualidade de cada neonato internado na UTIN, deve-se considerar a superação de rotinas rigorosas de manipulação, monitorização

e sucção, manejo dos fatores estressores e geradores de dor como ruídos, luminosidade, posicionamento adequado e o cuidado centrado na família.

Frente às várias possibilidades de atendimento ao recém-nascido orientadas pela integralidade e ao fato de muitas delas não serem diretamente relacionadas aos procedimentos de terapêutica e diagnóstico que têm sido a tônica do cuidado nas UTIN's, é desafiador pensar na incorporação, pelos profissionais de saúde desse lócus de cuidado, de uma prática balizada pelo sentido de integralidade. Em um espaço que, em detrimento do reconhecimento da especificidade, e da responsabilidade de cada profissional e da potencialidade de sua ação em *concerto* para a produção de um cuidado integral, o que se evidencia é a fragmentação do recém-nascido, até mesmo da dimensão biológica, entre os vários saberes e práticas.

Assim, entendemos que um cuidado oferecido pela equipe multiprofissional, ausente do sentido de integralidade, poderá gerar resultados insatisfatórios para o indivíduo em constituição, para a família e para a sociedade.

O Hospital Sofia Feldman é uma instituição que possui clientela proveniente do SUS quase em sua totalidade. Tem como missão “*Desenvolver ações de atenção integral à saúde da comunidade, em especial da mulher e da criança, em nível ambulatorial e hospitalar com qualidade, resolutividade, acolhedores e vinculantes de forma universal.*” (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 1988).

Apesar de essa Instituição definir como missão a atenção integral, apesar de essa definição ser do conhecimento dos trabalhadores e de ter optado por um modelo de gestão favorecedor da integralidade na medida em que busca decisões mais horizontalizadas estruturadas na lógica do cuidado e não das profissões, ainda

assim, verifica-se uma atuação da equipe multiprofissional mais por justaposição de ações, mantendo-se a fragmentação do neonato. Isso, sem dúvida, apresenta-se como um obstáculo à concretização da atenção integral.

Essas constatações sinalizam a insuficiência das políticas e das decisões institucionais para a garantia da integralidade, reforçando o pensamento de vários autores de que é na ação desses profissionais, no encontro com os usuários que a integralidade se materializa, o que nos impõe a necessidade de examinar a prática dos profissionais apreendendo o que traduz os sentidos de integralidade.

3 OBJETIVO

Analisar os elementos que garantem a integralidade a partir da prática dos profissionais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Sofia Feldman

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 A escolha do método

É a partir da natureza do estudo que se determina o caminho metodológico a ser percorrido. No presente estudo, buscamos o caminho que mais possibilidades nos oferece de aproximação do objeto, viabilizando uma apreensão da realidade e a produção de um conhecimento capaz de transformá-la.

Diante disso e da aplicabilidade do método qualitativo “[...] *ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam*” (MINAYO, 2007, P.57) decidimos utilizá-lo para a investigação de uma realidade específica de atenção à saúde.

Aspecto inerente e marcante a esta metodologia é a subjetividade. O pesquisador tanto se expõe quanto sofre as conseqüências dessa exposição. Para Minayo (2007), nas pesquisas sociais o autor imprime sua marca na produção científica e considera que o sujeito das ciências sociais não é neutro.

Compartilho da não-neutralidade do conhecimento, do pensamento e da ação. Ao reconhecer que somos sempre parciais, movidos por interesses e desejos, a ética passa a ser imperativa na reflexão e na ação. Assim, na perspectiva adotada aqui, a ética é constitutiva também do cientista e da ciência fazendo parte portanto da própria escolha dos propósitos da construção do conhecimento e as implicações sociais, culturais e éticas do que se quer construir.

O campo da saúde se apresenta como uma realidade complexa, demandando conhecimentos diversos ainda que integrados, que confrontam dialeticamente teoria e prática, em um fazer cotidiano enredado de relações sociais, para a produção das ações de saúde.

O estudo em tela constitui-se de pessoas convivendo nessa dinâmica interação social, se transformando e se firmando como produtores de novas realidades. Foi no reconhecimento desse dinamismo, da provisoriidade, da transformação e da autoria dos profissionais e usuários que fizemos opção pela dialética para a abordagem da realidade.

A dialética permitiu observar a realidade objetiva em uma perspectiva da totalidade parcial como descrita por Minayo (2007) sendo vista como um todo coerente, ao mesmo tempo que eram compreendidas e analisadas as partes deste todo, formando correlações concretas de conjuntos e unidades que contêm as determinações e condicionamentos gerais.

Foi com este olhar que esse estudo foi conduzido. Procurando evidenciar os relevos existentes no cotidiano da atenção ao recém-nascido e as contradições e desafios que este cotidiano apresenta para a construção de uma atenção integradora ao recém-nascido e sua família.

Nesta abordagem, utilizou-se como recursos de investigação, a fala e a comunicação não-verbal que conduzem à compreensão dos significados implícitos no universo dos sujeitos.

Tais recursos foram considerados, no momento, os mais adequados ao objeto de estudo na medida em que se buscou a valorização do sentido atribuído pelos profissionais e usuários à integralidade da atenção ao recém-nascido

internado na UTIN do Hospital Sofia Feldman e a apreensão da subjetividade implícita no universo desses sujeitos.

Assim, o foco da investigação direciona para:

- a) o *fazer* dos profissionais que assistem diretamente o recém-nascido na UTIN em constante inter-relação com outros profissionais e usuários, colocando sob análise o seu processo de trabalho;
- b) o *saber disciplinar* que orienta as ações de saúde dos profissionais utilizando-se a integralidade como referencial teórico para a análise da ação.

Portanto, a prática dos profissionais em saúde e a integralidade são as duas categorias analíticas que apoiaram a análise do material obtido na coleta de dados para uma aproximação do vivido pelos profissionais e as contradições nele contidas ao se disponibilizarem a construir uma atenção integral ao recém-nascido e a sua família.

4.2 Estratégias operacionais da pesquisa

4.2.1 Os Sujeitos pesquisados

Os sujeitos da pesquisa são profissionais da equipe de saúde que atuam na UTIN, prestando cuidado direto ao recém-nascido e aos familiares de neonatos aí internados.

Para os familiares dos recém-nascidos adotou-se como critério de inclusão um período de internação igual ou superior a sete dias e o fato de os

familiares terem participação direta no cuidado aos neonatos, independente do grau ou tipo de parentesco.

4.2.2 O lugar do estudo

Este estudo foi realizado no Hospital Sofia Feldman (HSF), pertencente à Fundação de Assistência Integral à Saúde (FAIS). Trata-se de uma Instituição filantrópica de direito privado, localizada no Bairro Tupi, no Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte, em Minas Gerais. Serve a uma população de aproximadamente 500.000 pessoas, em sua maioria usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

O HSF iniciou suas atividades em 1982, com as ações voltadas à assistência à saúde da mulher e da criança. Atualmente, assiste a mulher e a criança no período neonatal, contando com 98% dos seus recursos financeiros provenientes da prestação de serviços ao SUS.

O Hospital é referência obstétrica para os Distritos Sanitários Norte, Nordeste e Venda Nova o que corresponde a 44 unidades básicas de saúde (UBS) do total de 141 UBS do Município. Para a assistência neonatal, o Hospital é referência para Belo Horizonte, Região Metropolitana e para outros municípios do interior do Estado, recebendo a clientela por meio da Central Reguladora da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH). Oferece, ainda, serviços de apoio diagnóstico como mamografia, ultra-som, radiologia, patologia e cirurgia ambulatorial.

Para o atendimento a sua população de referência, o Hospital Sofia Feldman possui todos os seus 140 leitos destinados ao atendimento pelo SUS,

sendo 64 obstétricos, 8 de hospital dia e 68 de neonatologia, divididos em terapia intensiva (32 leitos), cuidados intermediários (30 leitos) e cuidado mãe canguru (6 leitos). Atende, em média, 750 partos por mês. São internados mensalmente, na UTIN, em torno de 70 recém-nascidos. Além dos leitos hospitalares, tem-se o acompanhamento, pela equipe multiprofissional, da criança egressa das unidades neonatais até que complete 2 anos de idade e o Programa de Internação Domiciliar Neonatal (PID Neo). Esse Programa iniciou-se em 2004, como estratégia de desospitalização e de inserção da criança no contexto do cuidado familiar.

Tem como um dos seus pilares a humanização a assistência e o controle social, sendo que este último faz-se presente desde a sua idealização e participa da gestão hospitalar, por meio de lideranças comunitárias, gestores dos serviços públicos de saúde, Conselhos de Saúde, trabalhadores da saúde e voluntários.

Como um dos resultados da mobilização da comunidade local foi criada em julho de 1994 a Associação Comunitária de Amigos e Usuários do HSF (ACAU/HSF). Uma de suas preocupações era as dificuldades financeiras da Instituição e a possibilidade de seu fechamento. A ACAU foi instituída por lideranças comunitárias e atua como co-gestora na administração do Hospital. Em seu estatuto, prevê a criação e a manutenção de projetos que contribuam para a humanização da assistência e que facilitem o exercício do controle social, tais como: amiga da família, apoiador social, doula comunitária e ouvidoria.

A gestão da Instituição, vem sofrendo modificações importantes. A partir de 1995, o gerenciamento do Hospital obedece a planejamentos. Inicialmente, o Estratégico Situacional e, posteriormente, planejamentos para períodos de dois ou três anos. Os planejamentos contam com a participação de representantes da SMSA/BH e dos Distritos Sanitários de referência, da FAIS, da ACAU/HSF, de

sindicatos profissionais, de trabalhadores das diversas unidades do Hospital, dos Conselhos Distritais de Saúde e com a colaboração de um consultor externo (MADEIRA; DUARTE, 2006).

Em meados de 2003, no auge das discussões sobre a humanização da assistência em saúde, da integralidade, da gestão em saúde baseada na lógica do cuidado e, considerando a experiência institucional na implementação de iniciativas orientadas por muitos desses conceitos, identificou-se a necessidade de mudanças na gestão institucional (MADEIRA; DUARTE, 2006).

No Hospital Sofia Feldman, esse movimento ocorreu por decisão política da Instituição e com a participação de trabalhadores e do controle social, resultando na formalização do modelo de gestão em linhas de cuidado² por ocasião do planejamento, realizado em 2003.

Na composição da estrutura de gestão foram criadas seis Linhas: Cuidado Materno Infantil (Perinatal), Políticas Institucionais, Ensino e Pesquisa, Apoio ao Trabalhador, Apoio Administrativo e Apoio Técnico. A Linha de Cuidado Perinatal foi criada visando a manutenção do cuidado integral à mulher e ao recém-nascido obedecendo à mesma racionalidade da SMSA/BH que, dentre outras, já havia criado a Linha de Cuidado Materno Infantil.

As Linhas são compostas por profissionais e representantes dos usuários, sob uma coordenação colegiada, privilegiando profissionais com formação e/ou experiência própria daquela linha. A Linha Perinatal foi considerada a linha mestra e buscou-se garantir uma composição tal que envolvesse o controle social e de profissionais que atuavam em diferentes unidades de cuidado do Hospital, sendo

² Trata-se de uma forma de organização dos serviços de saúde que pode ser pensada a partir de patologias, ciclos de vida, gênero ou problemas de saúde como saúde mental e saúde bucal. No caso do HSF, a linha de cuidado (Perinatal) foi organizada para atender à mulher no ciclo gravídico puerperal e o recém-nascido (CECÍLIO; MERHY, 2003; MADEIRA; DUARTE, 2006; MAGALHÃES JR; OLIVEIRA, 2006).

sua coordenação também colegiada, composta por dois médicos e dois enfermeiros, da maternidade e da neonatologia.

A Linha de Políticas Institucionais é composta pelos diretores administrativo e clínico, pela responsável pela área de recursos humanos do Hospital e pelo presidente da ACAU/HSF. Associada aos coordenadores das demais linhas (10 membros) compõe o Colegiado Gestor. A presença, nesse colegiado, de profissionais de diferentes áreas do conhecimento e de membros do controle social com diferentes visões de mundo e da saúde, tem possibilitado, ao grupo, identificar, com maior sensibilidade e amplitude, as necessidades dos usuários e dos trabalhadores, além de permitir agilidade e responsabilização nas decisões políticas e na implementação das ações assistenciais.

Um dos diferenciais da assistência prestada à população é a busca constante por uma assistência integral à mulher e ao recém-nascido que pode ser identificada a partir de várias estratégias desenvolvidas, tanto na maternidade quanto nas unidades de internação neonatal. A implementação de novas práticas de assistência pela Instituição se reflete na qualidade do atendimento prestado à população, e tem reconhecimento nacional. O HSF recebeu o título de Hospital Amigo da Criança, em 1995, pelo apoio e pelo incentivo ao Aleitamento Materno e, em 1999, o prêmio “Galba de Araújo”, do Ministério da Saúde pela humanização do parto e do nascimento.

No desenvolvimento de seu trabalho incentiva a atuação multiprofissional, sendo a assistência ao parto de risco habitual da competência do enfermeiro-obstetra. Por sua peculiaridade assistencial com incentivo ao trabalho interdisciplinar, o Hospital é local de formação para diversas profissões da saúde, especialmente, de profissionais da enfermagem e obteve o reconhecimento do

Ministério da Saúde tornando-se centro de referência para a Política Nacional de Humanização e parceiro para a capacitação de doulas no Brasil.

Algumas tecnologias assistenciais desenvolvidas pelo HSF permitem qualificar a assistência oferecida à população. Os exemplos são o *Centro de Parto Normal*, a *Casa de Sofias*, a *Casa de Sofias – PID/NEO*, o *acompanhante*, a *doula comunitária* e a *Amiga da Família*, que passaremos a descrever.

Inaugurado em 2001 o *Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho* (CPN), é uma opção ao parto normal sem distócia e como estratégia de humanização do parto e do nascimento. Baseia-se legalmente na Portaria nº 985 que cria o *Centro de Parto Normal* no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e coloca o enfermeiro-obstetra como responsável pela equipe de assistência ao parto normal sem distócia (BRASIL, 1999). Funciona em um prédio ao lado do Hospital Sofia Feldman, resgata o papel ativo da mulher no trabalho de parto e no parto, permitindo o corte do cordão umbilical pelo pai da criança ou outra pessoa da escolha da mulher e incentiva o aleitamento materno. Proporciona o resgate do parto normal de forma prazerosa, segura e saudável e o fortalecimento de uma rede de proteção social para o recém-nascido e a mulher. Desde sua inauguração, em 29 de novembro de 2001, assiste em média, 100 partos por mês.

Originada do “Alojamento Materno”, que se restringia a atender às mães de recém-nascidos internados na UTIN, a *Casa de Sofias* atende a essas mães e também oferece melhores condições de cuidado às gestantes de risco, residentes no interior do estado e com indicação de acompanhamento ambulatorial. Trata-se de uma casa localizada em uma rua lateral ao Hospital que, além da estrutura de cozinha e lavanderia, tem condições de hospedar 20 mulheres (mães dos recém-nascidos internados na UTIN ou gestantes de risco para acompanhamento

ambulatorial), geralmente, com 80% de ocupação. A elas são garantidas condições para repouso e alimentação e livre acesso à UTIN, acompanhamento e orientação da equipe multiprofissional, principalmente da terapia ocupacional e da psicologia.

Com base na filosofia da Instituição e na necessidade de se prestar atendimento ao maior número possível de crianças no período neonatal, foi criado, em junho de 2004, o *Programa de Internação Domiciliar Neonatal - PID Neo*. Após a implantação, a SMSA/BH, pela Portaria 03/2005 de 01/02/2005, credenciou o HSF para a realização da Internação Domiciliar Neonatal (BELO HORIZONTE, 2005). A equipe assistencial básica é composta por Pediatra, Enfermeira Neonatóloga, Técnico de Enfermagem. A equipe de apoio é composta de Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Assistente Social, Neurologista e Oftalmologista. Nesse Programa são atendidas crianças para ganho de peso, fototerapia, antibioticoterapia e as portadoras de comprometimentos crônicos.

Para as crianças indicadas para o PID-NEO cujas mães não residem em Belo Horizonte, foi criada a *Casa de Sofias PID-Neo*. Trata-se de uma casa próxima ao HSF, com capacidade para atender a 13 mulheres com os seus filhos, as quais se responsabilizam pelos cuidados dos bebês e recebem a visita periódica da equipe do PID-NEO, até que tenham condições de receber alta para o seu domicílio.

A presença de um *acompanhante* da escolha da mulher durante o trabalho de parto e parto sempre foi valorizada no Hospital. A portaria 569/2000 do Ministério da Saúde, que regulamenta a humanização da assistência e prevê o acompanhante 24 horas na rede hospitalar (BRASIL, 2000a), propiciou uma reflexão da administração do Hospital junto à equipe de assistência, resultando na ampliação da presença do acompanhante em 2001. Assim, sua permanência ampliada para 24

horas e, para tal, a Instituição oferece uma cadeira reclinável, alimentação (café da manhã, almoço, lanche e jantar), sanitário e chuveiro apropriados. Os acompanhantes participam, diariamente, de uma reunião com a Assistente Social onde se discutem experiências sobre a vivência de acompanhante, do processo do nascimento e do exercício da cidadania além das normas hospitalares.

Em 1997, foi iniciado o processo de estruturação do projeto *Doula Comunitária* no HSF pois, apesar de ser permitido às mulheres serem acompanhadas por familiares ou amigas durante o parto, muitas permaneciam sem acompanhantes. O projeto consiste basicamente em oferecer às mulheres, durante o trabalho de parto e parto, o apoio de uma “doula” voluntária da comunidade.

Doula é uma mulher, geralmente sem formação técnica na área da Saúde, que orienta e assiste a nova mãe no parto e nos cuidados com o bebê. O papel da doula é oferecer apoio psico-emocional e físico à parturiente, ou seja, segurar a mão da mulher, respirar com ela, prover encorajamento e tranquilidade.

Dessa maneira, no HSF, definiu-se como *doula comunitária* uma senhora da comunidade, recrutada pela ACAU/HSF para exercer trabalho voluntário de acompanhante da mulher durante o trabalho de parto, o parto e o puerpério. A doula é capacitada pela equipe multiprofissional do Hospital.

O projeto *Amiga da Família* teve início em setembro de 1994 quando funcionava no Hospital a Unidade Pediátrica. As voluntárias permaneciam nessa unidade e auxiliavam nos cuidados com as crianças cujas mães não podiam permanecer na internação conjunta. Nesse contexto, o projeto foi criado com o nome de “Mãe Substituta”. Com o fechamento da Pediatria e a inauguração das unidades neonatais (UTIN e UCIN), a presença da mãe passou a ser mais intensa, passando a voluntária a apoiar e a auxiliar a mãe quanto ao aleitamento materno e a encorajá-

la para assumir alguns cuidados com o bebê, antes realizados pela voluntária ou pela equipe de enfermagem. Em decorrência dessas mudanças, o projeto passou a ser chamado de *Amiga da Família*. Atualmente, é composto por 14 voluntárias, mulheres da comunidade que já passaram pela experiência da maternidade, com presença de 24 horas na Instituição. Suas principais atribuições estão relacionadas ao apoio à mulher/mãe/família durante sua permanência no Hospital para acompanhar os filhos internados nas unidades neonatais, orientando e incentivando o aleitamento materno.

Com a infra-estrutura da Instituição e a disponibilidade das tecnologias assistenciais, o atendimento ao recém-nascido de risco na Instituição pode ser inicialmente oferecido na maternidade ou Casa de Sofias, quando, ainda antes do parto, a gestante é assistida pelos profissionais, refletindo em cuidados para o seu conceito, na sala de parto e, posteriormente, em uma das unidades assistenciais neonatais: UTIN, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, Unidade de Cuidado Canguru, Casa de Sofias PID/NEO, PID/NEO e ambulatório de seguimento.

De acordo com a pertinência de cada espaço de atenção, busca-se estimular o contato entre mãe e filho, garantir a permanência da mãe junto a seu filho, facilitar o acesso de familiares à criança, incentivar o aleitamento materno e o envolvimento da mãe nos cuidados com seu filho.

Há muitas possibilidades criadas com vistas à oferta de uma atenção integral à mulher e ao recém-nascido, advindas da superação dos desafios identificados para o atendimento às necessidades dos usuários. São desafios que surgiram da interação de trabalhadores e usuários e que impuseram a reinvenção do cotidiano como necessária, modificando a gestão e as práticas dos profissionais.

A escolha do HSF para cenário deste estudo deve-se às características da Instituição e ao fato de que a pesquisadora dela participa, desde a graduação em Enfermagem até hoje como enfermeira e uma das coordenadoras da Linha Perinatal.

4.2.2.1 A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Este estudo foi desenvolvido no espaço das UTINs do Hospital Sofia Feldman. São três unidades que se localizam no segundo andar da Instituição e identificadas como UTIN 1, UTIN 2 e UTIN 3. Esse andar é também ocupado pelas três unidades de cuidado intermediário.

Cada UTIN tem entrada exclusiva e as três UTINs possuem comunicação entre si por portas internas. No trajeto entre a UTIN 1 e a UTIN 2 há um espaço para limpeza e desinfecção de materiais e uma pequena sala na qual a equipe se reúne para discutir os casos e fazer os registros nas papeletas. Entre a UTIN 2 e a UTIN 3 há um corredor que dá acesso ao elevador do Hospital.

Mesmo sendo diferentes UTINs, a internação das crianças ocorrem sem nenhuma diferenciação por doença ou gravidade.

Na entrada da UTIN 1 vê-se um pequeno *hall* que, até há pouco tempo, abrigava dois sofás constantemente utilizados pelos pais, seja para aguardarem a realização de algum procedimento que não desejavam presenciar, para saírem um pouco do ambiente da UTIN ou para conversarem entre si. À esquerda da porta de entrada, encontra-se o Posto de coleta de leite materno, utilizado por mães de recém-nascidos internados ou mulheres que vão ao Hospital fazer doação. Essa localização do Posto de coleta permitiu que, na parede que a separa da UTIN 1,

fosse colocada uma divisória de vidro através da qual as mães podem ver as crianças na Unidade enquanto ordenham o leite.

As paredes das Unidades são pintadas de azul claro e as tubulações de oxigênio, ar comprimido e vácuo ficam à mostra. A temperatura ambiente é controlada por equipamentos de ar condicionado, com regulação em cada Unidade.

Os leitos são numerados sendo que, na UTIN 1, a numeração é de 1 a 12; na UTIN 2, de 13 a 24 e, na UTIN 3, de 25 a 32 . Além da placa com o número do leito, há, na incubadora ou no berço aquecido de cada recém-nascido, uma placa com seu nome, o nome do pai e o nome da mãe.

Um colorido especial se deve aos móveis confeccionados pelas mães para seus bebês ou a quadros de emborrachado nos quais elas pintam o nome de seus filhos ou escrevem mensagens para eles. Mensagens enviadas por familiares ou fotos de santos com orações, também podem ser vistas em alguns leitos.

As mães podem entrar nas Unidades sempre que desejarem durante as 24 horas do dia. Os pais têm um horário estabelecido entre 9:00 e 21:00 horas, sendo que exceções são feitas conforme o quadro clínico do recém-nascido ou outra situação específica. Esse horário para que os pais deixem a Unidade foi estabelecido devido às dificuldades que podem ter para retornar às suas casas caso saiam após as 21:00 horas, considerando que a grande maioria utiliza o transporte coletivo e o Hospital se localiza em um bairro mais distante. Antes de ser estabelecido esse horário, os pais acabavam ficando durante a noite no Hospital e dormindo pelos corredores.

Essa flexibilidade para permanência de pais e mães na Unidade faz com que estejam sempre junto a seus filhos. Verifica-se que, durante a sua permanência, usam de cadeiras giratórias mais altas que lhes permitem permanecer sentados e

ainda manter seu rosto na altura dos seus filhos. Essas cadeiras são também utilizadas para que coloquem seus filhos no colo ou em contato pele-a-pele.

Os demais familiares também podem visitar o bebê entre 14:00 e 14:30 na UTIN1, 14:30 e 15:00 na UTIN 2, e 15:00 e 15:30 na UTIN 3. São sempre, no máximo, dois visitantes por horário e acompanhados de um dos pais. Durante a visita os pais são responsáveis por orientar os visitantes para lavar as mãos e não tocarem os bebês.

O ruído e a movimentação nas Unidades variam de acordo com o horário ou a demanda por realização de procedimentos. Quando os recém-nascidos estão mais estáveis, mesmo em horários de maior movimentação como entre 07:00 e 09:00 horas, verifica-se que o ambiente permanece mais silencioso e tranquilo. A presença é constante de técnicas de enfermagem nas Unidades, fazendo-se o revezamento para seus horários de alimentação e de repouso. Enfermeiros e fisioterapeutas se ausentam por alguns momentos, principalmente para as refeições, sem que necessariamente alguém os substitua. Os médicos são vistos principalmente nos horários de exame dos recém-nascidos ou em alguma intercorrência. Outros profissionais da Instituição entram na Unidade, seja para alguma ação referente ao recém-nascidos ou para conversar com algum profissional.

As informações acerca da evolução dos neonatos são passadas aos pais de segunda a sexta-feira pela Coordenadora Médica da Neonatologia, sendo que fica a cargo do plantonista oferecer aos pais quaisquer outras informações acerca da mudança do quadro clínico. O momento da passagem de notícias é sempre muito esperado pelos pais e ocorre com a participação de outro profissional, geralmente da psicóloga ou da terapeuta ocupacional.

A discussão clínica dos casos com a equipe também ocorre diariamente, com algumas excessões. Dela participam a enfermeira da unidade, a fisioterapeuta e o pediatra responsáveis por aquela Unidade. A partir do relato das condições dos recém-nascidos, são definidas as condutas para as próximas horas.

A UTIN 1 é a mais ampla das três. A sensação de amplitude é acentuada pela existência de grandes janelas de vidro em toda a lateral esquerda, com vista para um jardim sobre a marquise da entrada do Hospital e para a rua. Essas janelas também permitem a entrada de luz natural, tornando o ambiente claro.

Logo na entrada, há duas pias para a lavação das mãos e, à esquerda, uma mesa com um computador, no qual são feitas as prescrições para os recém-nascidos. O Posto de enfermagem possui localização central que permite a visualização de todos os 12 leitos. Nele ficam dispostas duas cadeiras atrás da bancada para que os profissionais possam realizar suas anotações. No interior do Posto, há uma geladeira para medicamentos e um armário embaixo da bancada para guardar cabos de monitores e impressos utilizados pela equipe.

Duas outras pias para lavação de mãos estão distribuídas na Unidade, sendo que uma delas possui um chuveiro para o fornecimento de água quente e, a seu lado, fica o carrinho de parada.

A UTIN 2 tem formato em “L” e, apesar de possuir uma área física bem próxima à da UTIN 1 e comportar 12 leitos, parece ser menor. Logo à entrada há duas pias para lavação de mãos, ambas com cartazes orientando quanto à técnica. Ao lado da porta, existem dois ganchos que são utilizados pelos pais para pendurar seus objetos. O Posto de enfermagem está localizado à direita de quem entra. Foi construído um pouco mais elevado e sua posição também possibilita boa visualização de toda a Unidade. No interior do Posto, há uma geladeira destinada ao

armazenamento das Nutrições Parenterais e um armário, para guardar os materiais da Fisioterapia.

Essa Unidade possui janelas basculantes em toda a sua volta, permitindo a entrada de luz natural, mas sem que se possa observar o movimento externo.

A UTIN 3 é a que comporta o menor número de leitos, 7 no total, e está instalada em uma sala retangular que tem, em sua extremidade direita, o Posto de enfermagem. Logo na entrada há uma pia para lavação de mãos, outra pia na parede que fica de frente para a porta de entrada e outra na parede oposta ao Posto de enfermagem. No Posto de enfermagem há uma mesa para o registro de informações e um gaveteiro para guardar insumos a serem utilizados na assistência aos recém-nascidos.

A luz natural entra na Unidade por janelas basculantes, sendo mais ampla no espaço do Posto de enfermagem mas, ainda assim, não permite observar o movimento externo ao Hospital.

Durante o estudo, pudemos verificar que freqüentemente as Unidades estão com um número de crianças internadas maior do que a capacidade relatada. Chega-se a uma média de duas crianças a mais em cada Unidade. Mesmo com a descrição feita de uma área física mais ampla, o número maior de crianças faz com que o espaço físico pareça pequeno.

4.2.3 Aspectos Éticos da Pesquisa

O trabalho de campo teve início após avaliação do Departamento de Pediatria (Câmara Departamental) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) (Anexo A) e autorização do

Hospital Sofia Feldman (Anexo B). Foram observados os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde para pesquisas realizadas com seres humanos, pela Resolução 196/96, sendo dadas aos sujeitos as informações sobre o estudo, a garantia de preservação do anonimato, a ausência de ônus para a sua participação, garantia de que não haveria nenhum comprometimento para a assistência oferecida ao recém-nascido, a solicitação de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo C) com autorização para utilização do gravador e a realização de registro fotográfico.

4.2.4 Instrumentos para aproximação da realidade

Neste estudo, utilizamos dois diferentes recursos para a investigação: Oficina de Trabalho e Observação Participante.

Para Spink (1993, p.156), a utilização de mais de um instrumento “*visa a compreensão em profundidade e a maior segurança para a análise interpretativa*”.

4.2.4.1 Oficina de Trabalho: espaço de coleta de dados, reflexão e produção coletiva de conhecimento

O trabalho qualitativo, para sua consistência e sustentação teórica, exige rigor nos procedimentos teóricos adotados e pressupostos teóricos bem definidos além da suavidade e do dinamismo próprios do saber materializado na realidade.

Na área da Saúde, diferentes autores realizaram suas investigações utilizando a Oficina de Trabalho (AMARAL, 2006; ARANHA E SILVA, 2002; BARRIENTOS, 2002; GALASTRO, 2006; OLIVEIRA, 2005; VERÍSSIMO, 2003) e

indicam que os participantes adquirem o estatuto de produtor compartilhado do saber.

A escolha dessa estratégia foi motivada pelo já exposto reconhecimento da ação e do saber que os participantes das oficinas têm no *lôcus* de produção do cuidado podendo ser parceiros na elaboração de idéias e de reflexões sobre o trabalho desenvolvido.

Vemos os sujeitos envolvidos na produção desse conhecimento (profissionais, usuários e pesquisadoras) como sujeitos críticos que, ao refletirem sobre o cotidiano da atenção ao recém-nascido na UTIN, permitem-nos aprofundar o conhecimento sobre as práticas aí construídas e questioná-las constantemente.

A Oficina, como processo de trabalho cujos requisitos fundamentais são a participação e a reflexão para o compartilhamento e a produção do conhecimento, é defendida por Portella e Gouveia (1999). Consideram ainda que, dessa forma, o sujeito do estudo adquire a condição de produtor compartilhado do saber.

O entendimento do potencial do procedimento metodológico escolhido tem suporte também em um relato de experiência dos Círculos de Cultura de São Tomé³, no trabalho de alfabetização de adultos de Paulo Freire, no qual o ponto de partida é o sujeito crítico e curioso

Visitávamos um Círculo em uma pequena comunidade pesqueira chamada Monte Mário. Tinha-se como geradora a palavra bonito, nome de um peixe e como codificação um desenho expressivo do povoado, com sua vegetação, as suas casas típicas com barcos de pesca ao mar e um pescador com um bonito à mão. O grupo de alfabetizandos olhava em silêncio a codificação. Em certo momento, quatro entre eles se levantaram, como se tivessem combinado, e se dirigiram até a parede em que estava fixada a codificação (o desenho do povoado). Observaram a codificação de perto, atentamente. Depois dirigiram-se à janela da sala onde estávamos. Olharam o mundo lá fora. Entreolharam-se, olhos vivos, quase surpresos, e, olhando mais uma vez a codificação disseram: 'É Monte Mário.' 'Monte Mário é assim e não sabíamos.' Através da codificação, aqueles quatro participantes do Círculo 'tomavam distância' do seu mundo e o re-

³ As ilhas de São Tomé e Príncipe ficam no Golfo da Guiné, na costa ocidental da África. A superfície total do país é de 1.001 Km², tendo a ilha de São Tomé 859 Km², e de Príncipe 142 Km². A distância entre uma ilha e outra é de 140 km." (FREIRE, 1989, p.22).

conheciam. Em certo sentido era como se estivessem 'emergindo' do seu mundo, 'saindo' dele para melhor conhecê-lo. No Círculo da Cultura, naquela tarde, estavam tendo uma experiência diferente: 'rompiam' a sua 'intimidade' estreita com Monte Mário e punham-se diante do pequeno mundo na sua quotidianidade como sujeitos observadores.

(FREIRE, 1989, p.25)

Afonso (2006, p.9) sugere como definição de *Oficina*

[...] um trabalho estruturado com grupos, independentemente do número de encontros, sendo focalizado em torno de uma questão central que o grupo propõe a elaborar, em um contexto social. A elaboração que se busca na Oficina não se restringe a uma reflexão racional mas envolve os sujeitos de maneira integral, formas de pensar, sentir e agir.

Na composição desse processo dialógico e comunicativo, os acontecimentos são matéria-prima resultante dos estímulos dados aos participantes-sujeitos da ação, numa reflexão crítica, a partir da valorização de seus conhecimentos acerca da temática desenvolvida, fruto da compreensão e da análise das fontes primordiais da experiência: o imaginário e o cotidiano. Nesse caminhar, emergem e se processam sentimentos, sensações, percepções, crenças e fantasias que marcam as vivências e compõem a própria história. Esse processo traz em si a possibilidade de se cumprirem concomitantemente as funções de investigação, reflexão e síntese dos novos saberes (ARANHA E SILVA, 2003).

A Oficina de trabalho como estratégia de coleta de dados tem como pressuposto que os profissionais e familiares dos recém-nascidos detêm saberes e vivências acerca do cuidado que é prestado aos recém nascidos, decorrentes da própria socialização e das experiências individuais. Articulando as diferentes vivências em um processo de reflexão crítica, constrói-se um novo olhar sobre a realidade.

Para sua realização, a Oficina conta com um *coordenador*, que tem como papel principal facilitar a expressão das idéias e as trocas dialógicas entre os participantes. O *coordenador* promove a circulação da palavra, possibilita as articulações entre a reflexão e a experiência, facilita a negociação de conflitos e a dinamização da rede de comunicação e dos processos de cooperação e aprendizagem (AFONSO, 2006). Assim, estabelecem-se uma relação horizontalizada entre os participantes e a possibilidade de serem oferecidos aportes que fazem parte do conhecimento das pesquisadoras.

Mesmo sendo a pesquisadora integrante da equipe da UTIN do Hospital Sofia Feldman, a sua definição para ser a coordenadora da Oficina encontra suporte em Bourdieu (1998). Para o autor a familiaridade do pesquisador com os participantes contribui para que não ocorra uma objetivação de aspectos subjetivos e a comunicação (verbal e não verbal) seja interpretada pelo interlocutor conforme enunciada.

Outro aspecto que contribuiu para que não ocorresse interferência indevida da pesquisadora desempenhando o papel de *coordenadora* foi a perspectiva da utilização da Oficina de Trabalho como um instrumento de apropriação e de reconstrução do saber e das ações em saúde na qual esse saber e esse fazer estavam sendo compartilhados.

Além do *coordenador*, na Oficina esteve presente um *relator*, que registrou as expressões verbais e não-verbais, as condições do ambiente, momentos de tensão e/ou descontração, possíveis interrupções, duração da Oficina e controlou os equipamentos de áudio e fotografia. O *relator* utilizou-se de um guia de anotações (Anexo D) para orientar seu trabalho. Fez o registro sistemático das

atividades realizadas durante todo o processo e dos acontecimentos durante as Oficinas. As anotações compuseram o *Diário de Campo*.

4.2.4.1.1 Estruturação dos grupos para as Oficinas de trabalho

Para a apreensão de ações que concretizam a integralidade no cuidado oferecido ao recém nascido na UTIN, foi necessária uma escuta dos diferentes profissionais que aí atuam, tanto daqueles que dão assistência direta aos neonatos quanto daqueles que atendem as famílias influenciando, de alguma forma, essa assistência.

Tendo como atores informantes os profissionais que atuam na UTIN do HSF e familiares de recém-nascidos, optou-se pela realização de duas Oficinas, uma com os familiares e outra com os profissionais.

Na Oficina dos profissionais, considerando-se a importância da heterogeneidade, buscou-se a estruturação do grupo com representantes de diferentes categorias. Esta conformação tem suporte em Carneiro e Agostini (1994) que afirmam que a riqueza da Oficina vem da interação estabelecida entre facilitadores e participantes, na heterogeneidade em relação à idade, etnia, profissão e origem.

Foram incluídos na Oficina dos profissionais, trabalhadores de todas as categorias profissionais presentes na UTIN: fisioterapeutas, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais.

À época da coleta dos dados, a equipe profissional que assistia os recém-nascidos na UTIN era composta por 53 Técnicas de Enfermagem, 18 Médicos, 19

Enfermeiras, 6 Fisioterapeutas, 3 Psicólogas, 1 Assistente Social e 1 Terapeuta Ocupacional.

Para se garantir participação de todas as categorias profissionais na Oficina, utilizou-se como referência o número de profissionais existentes, buscando-se estabelecer paridade entre eles na estruturação do grupo e inclusão assegurada das categorias com apenas um profissional. A indicação dos participantes foi feita após sorteio.

Os nomes sorteados foram divididos em dois envelopes identificados com Oficina-1 e Oficina-2, sendo que os profissionais de inclusão obrigatória ficaram no segundo envelope.

Os nomes não sorteados foram guardados para que, em caso de impossibilidade de algum profissional participar da coleta, fosse retirado outro nome para substituir o desistente.

A Oficina planejada inicialmente foi submetida a um pré-teste para se verificar a adequação do instrumento e da técnica de coleta de dados. Para tal, foram convidados para participar os profissionais cujos nomes estavam contidos no envelope com a identificação Oficina-1. A realização do pré-teste apontou a necessidade de replanejar os tempos inicialmente propostos para as Oficinas e possibilitou-nos verificar a adequação da técnica escolhida ao objeto do estudo e confirmar sua potencialidade para o alcance dos objetivos propostos.

O pré-teste foi também importante para que verificássemos como se dava a participação dos diferentes profissionais no grupo, considerando as possíveis interferências dos seus níveis de formação e das relações hierárquicas que se apresentam na divisão técnica do trabalho em saúde. A preocupação inicial era ver

se os profissionais técnicos de enfermagem se colocariam em uma posição de constrangimento frente aos demais.

Pudemos observar que, o traço que dava conjunto ao grupo era o cuidado oferecido ao recém-nascido e, independente da sua categoria profissional eles expressavam como o viam, mesmo que olhando de lugares diferentes. Apesar das técnicas de enfermagem terem um nível de formação diferente, se colocavam com a autoridade de quem sabia do que estava falando e defendiam suas opiniões, possivelmente por vivenciarem o cotidiano da UTIN e sentirem-se parte integrante da equipe.

Mediante estas constatações, optamos por manter todos os profissionais em uma mesma oficina, sem estruturar uma oficina específica para as técnicas de enfermagem.

Para a Oficina com os profissionais foram convidados aqueles cujos nomes estavam no envelope Oficina-2, sendo 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Assistente Social, 1 Psicóloga, 1 Enfermeira, 4 Técnicas de Enfermagem, 3 Pediatras e 1 Fisioterapeuta. Convidei a cada um dos participantes e entreguei a todos uma carta convite. Todos os profissionais aceitaram o convite e compareceram à Oficina.

Mesmo tendo sido explicitado no momento do convite o caráter voluntário da participação na coleta de dados, e a recusa não ter nenhuma implicação para o trabalho que desenvolviam na instituição, é possível que o fato da pesquisadora ser integrante da equipe e desempenhar também um papel gerencial pode ter contribuído para que não houvesse perdas de participantes nas oficinas de profissionais. Este fato expressa a existência e as implicações da não-neutralidade da pesquisadora.

As possibilidades das interferências são parte da realidade que se pretende conhecer e também da construção do conhecimento teórico (MINAYO, 2007). Conhecedora dessas possíveis interferências, atentamo-nos ainda mais para a ancoragem nos aspectos metodológicos capazes de minimizá-las.

A escolha dos pais a serem convidados a participar da Oficina foi feita com o auxílio de alguns membros da equipe que ajudavam na identificação daqueles mais constantes na Unidade. Após identificá-los, foi verificado o prontuário dos recém-nascidos buscando aqueles cujo tempo mínimo de internação fosse de 7 dias. De acordo com esses critérios, conversei pessoalmente com 2 pais e 8 mães de recém-nascidos internados na UTIN que aceitaram participar. Mesmo o convite tendo sido aceito por todos, compareceram à Oficina 7 mães e 1 pai; os demais justificaram sua ausência.

Vinte dias antes da realização da Oficina com os pais e mães, eu me mantive, distante das atividades profissionais que desenvolvia na neonatologia do Hospital. Esse afastamento foi importante pois permitiu que eu não participasse do cotidiano recente da UTIN e, tendo em vista o número de internações que ocorre nessa Unidade, ao retornar para a coleta de dados, os pais dos bebês aí internados não me conheciam e portanto não me vinculavam à atividade de coordenação que eu realizava naquele espaço assistencial.

O local dos encontros foi uma sala do Centro de Capacitação do Hospital. É um espaço localizado em um prédio anexo ao Hospital, afastado, portanto, dos espaços assistenciais. Buscou-se garantir um ambiente tranquilo, não-constrangedor, neutro, confortável e que assegurasse a privacidade. Os participantes ficaram dispostos, inicialmente, em círculo, facilitando o contato visual entre todos.

4.2.4.1.2 O desenvolvimento das Oficinas

Para um delineamento do objeto do estudo, e para a condução das reflexões sobre a integralidade do cuidado ao recém nascido, foram definidos como temas norteadores das Oficinas:

- Os sentidos de integralidade na UTIN do Hospital Sofia Feldman;
- Contribuição dos profissionais para a construção da integralidade na UTIN;
- Fatores considerados facilitadores e dificultadores para que ocorra a integralidade na UTIN.

O desenvolvimento e planejamento (Anexo E) da Oficina atendeu as orientações de Fonseca (2006), sendo:

- . **Aquecimento** – momento inicial em que se prepara o grupo para o trabalho posterior, com uma atividade que facilite as relações interpessoais.
- . **Reflexão individual** – a experiência vivida pelos participantes da Oficina representada de forma direta, por intermédio de vários materiais, tais como recortes de revistas, tintas, barbantes e sucatas.
- . **Reflexão grupal** – ocorre após a exposição individual, facilitando o debate coletivo de idéias.
- . **Síntese** - resumo dos principais pontos abordados nas etapas anteriores

Antes de dar início a cada uma das Oficinas foi distribuído o TCLE com os devidos esclarecimentos. Foi lembrado que a participação era voluntária, tendo cada um a liberdade de desistir em qualquer momento do processo de coleta de

dados sem nenhum prejuízo para si nem para o recém-nascido (no caso de familiares). E ainda, de que seria garantido, a todos, o anonimato na divulgação dos resultados. Todos os participantes concordaram com o TCLE, assinando-o e permanecendo para a Oficina.

Foi solicitada aos participantes, autorização para que as Oficinas fossem gravadas em fita cassete e para se fazer o registro fotográfico das atividades. A utilização desses recursos se respalda em Bourdieu (1998), que considera que nas falas existem demoras, repetições, frases interrompidas e prolongadas por gestos, olhares, suspiros ou exclamações e que representam a “*verdadeira fidelidade*” do discurso. Dessa forma, a utilização desses recursos teve como objetivo registrar, da forma mais fiel possível, os discursos e as informações. Todos os participantes concordaram com as fotos e as gravações.

As Oficinas dos profissionais e dos usuários tiveram o mesmo planejamento e foram realizadas em dias diferentes. Optou-se por realizá-la em apenas um encontro. Esta opção foi feita após a Oficina pré-teste na qual se observou que a atividade desenvolvida na primeira sessão sensibilizava e mobilizava os participantes para as discussões a serem realizadas na segunda sessão. Dessa forma, foi entendido pela pesquisadora que separar as duas sessões por um período de tempo poderia tornar menos veemente as recordações, sentimentos e discussões suscitadas no primeiro momento.

As oficinas seguiram o planejamento conforme traçado a seguir:

Sessão 1 – O cuidado ao recém-nascido na UTIN do Hospital Sofia Feldman

Essa sessão teve como objetivo sensibilizar os participantes para o tema a ser trabalhado, explicitar e analisar como os familiares e os profissionais vêem a assistência que o recém-nascido recebe na UTIN do HSF.

Inicialmente acolhi os participantes, agradei a presença e a disponibilidade de cada um para participar da Oficina. Expliquei ao grupo o objetivo da pesquisa, em que consistia a participação de todos e apresentei-lhes a relatora e expliquei-lhes sua função. Ouviram com atenção e, quando questionados, afirmaram não ter dúvidas sobre o que havia sido dito. Contei com a colaboração de duas observadoras, sendo que cada uma delas participou de uma das Oficinas. São pesquisadoras do Núcleo de Pesquisa de Práticas e Ensino em Enfermagem (NUPEPE) da Universidade Federal de Minas Gerais, ambas com experiência nessa atividade.

Como os participantes da Oficina dos usuários já se conheciam mas ainda pareciam acanhados, solicitei que, de dois a dois, eles conversassem um pouco sobre algo que, apesar do convívio durante o período de permanência no hospital, eles ainda não tinham tido a oportunidade de conversar.

Transcorridos cinco minutos, solicitei que cada um dissesse para o grupo o que foi conversado. Nas conversas, uma participante falou da dificuldade de permanecer no Hospital, distante de sua família, por encontrar-se muito fragilizada, outra relatou sobre a experiência de ir para o Hospital para dar a luz a gêmeos sabendo que um já havia morrido intra-útero e as demais sobre como era a espera pela recuperação do bebê.

O grupo de profissionais pareceu bem à vontade e descontraído e, portanto, solicitei que cada um se apresentasse à relatora dizendo seu nome e sua profissão.

Após esse momento de interação e apresentação foi solicitado aos participantes que, utilizando do instrumento de coleta de dados (Anexo F), respondessem, por escrito, a seguinte questão: Descreva, em detalhes, uma situação vivenciada por você, de assistência ao recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Sofia Feldman, da qual tenha participado pelo menos um profissional de Saúde. Considerando a situação descrita, foi também perguntado: O que você pensou e sentiu sobre a situação que vivenciou?

Em ambas as Oficinas, esse momento foi marcado por muita concentração e, a rapidez com que a maioria dos participantes iniciou os relatos mostrou-me que as situações faziam parte de um cotidiano vivido intensamente por eles.

Ao concluírem os relatos, as respostas escritas foram recolhidas para posterior utilização na Oficina sem identificar o autor do relato de cada uma.

Na etapa seguinte foi solicitado aos participantes que expressassem, de forma artística, utilizando papel, cola, giz de cera, tesoura, revistas e pincéis hidrocor a seguinte questão: Como você vê o cuidado ao recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Sofia Feldman?

Na realização dos trabalhos manuais, houve um silêncio inicial até que os grupos tivessem expresso o conteúdo desejado começando a interagir animadamente quando faltavam os últimos retoques que dariam brilho àquela produção artística. Especificamente no grupo dos profissionais houve a tentativa de uns traduzirem o que havia sido expresso pelos outros.

Após a realização dos trabalhos manuais, cada participante foi convidado a apresentar a sua produção, iniciando um processo de reflexão grupal. A cada apresentação, os participantes intervinham expondo sua opinião sobre o que fora expresso no cartaz. Mais que um momento de sensibilização, a partir do que era exposto, podia-se observar, principalmente nos profissionais, uma reflexão acerca da assistência oferecida ao neonato.

Pôde-se observar que, no debate instalado durante a apresentação dos trabalhos manuais, os participantes expressavam livremente sua opinião, sem qualquer receio.

Sessão 2 – A prática dos profissionais na UTIN: os elementos que garantem a integralidade da assistência

O objetivo da sessão foi o de identificar e refletir sobre as práticas dos profissionais que atuam na UTIN e contribuir para a construção de possibilidades de assistência na perspectiva da integralidade.

A sessão iniciou-se com a distribuição aleatória dos textos produzidos no início da primeira sessão. Foi solicitado que cada participante lesse, em silêncio, o relato recebido e, posteriormente, o lesse em voz alta para o grupo.

Todos ficaram bastante atentos durante a leitura dos casos. Em seguida, a coordenadora solicitou que o grupo escolhesse dois casos que tivessem despertado maior atenção, independente do motivo, para que fossem discutidos pelo grupo.

Os quatro casos selecionados (Anexo G) nas duas Oficinas foram o ponto de partida para discussão e análise. Os casos foram explorados e os participantes

ficaram livres para expressar suas razões, suas percepções e seus sentimentos. Durante o debate, os participantes utilizaram os casos selecionados como referência mas também se reportaram a seus próprios relatos feitos na primeira sessão.

Esse momento ofereceu possibilidades para o debate das vivências e a reconstrução do conhecimento acerca do vivido por eles. A sessão foi encerrada com uma síntese acerca dos pontos percorridos e a avaliação da atividade pelos participantes.

4.2.4.2 Observação Participante

Permite uma aproximação do significado que os sujeitos atribuem à realidade que os cerca e a suas próprias ações (LÜDKE, 1986). Foi a possibilidade de um contato estreito entre a pesquisadora e o fenômeno pesquisado considerando o exposto por Richardson (1995) de que o pesquisador não se limita ao papel de espectador do fato estudado já que, na observação participante ele se coloca na posição e no nível dos atores que compõem o fenômeno a ser observado.

Para Schwartz e Schwartz (1955) a observação participante é um processo de registro, interpretação e gravação dos dados, sendo que este processo pode ser influenciado pela constante interação entre o observador e o contexto observado. No entendimento de VÍCTORA (2000), é imprescindível ter a clareza de que, na observação participante, a presença do observador é parte do evento observado.

É um método no qual o pesquisador faz parte das atividades diárias, rituais, interações e eventos de um grupo de pessoas como uma maneira de apreender o que está explícito e implícito em seu cotidiano e sua cultura (DEWALT,

DEWALT; 2001). Os autores consideram que na observação participante tem-se a combinação de dois diferentes instrumentos, às vezes contraditórios se vistos isoladamente: a observação e a participação. No primeiro o pesquisador fica fora da cena das ações e dos comportamentos, enquanto no segundo tem-se uma inserção total do pesquisador no cenário e geralmente associada a uma perda do interesse analítico.

Tendo em vista a combinação existente na observação participante, para desenvolvê-la o pesquisador deve se engajar nas atividades da situação pesquisada e observar as atividades, pessoas e aspectos físicos da situação (SPRADLEY, 2001). Mesmo mediante este entendimento das tarefas a serem desenvolvidas, Cicourel (1990) acredita existir limites para o estabelecimento de regras para o trabalho de campo, especialmente pela imprevisibilidade dos acontecimentos neste espaço social que faz variar a intensidade de participação do pesquisador no contexto estudado.

Spradley (2001) identifica distintos níveis de participação, que revelam diferenças importantes tanto no que tange ao envolvimento do pesquisador com as pessoas quanto com as atividades que ele observa. Considerando a existência de participação o autor as tipifica orientado pelo crescente envolvimento do pesquisador e denominando-as: passiva, moderada, ativa e completa.

O estudo foi realizado no próprio local de trabalho da pesquisadora, e a inserção no campo foi com a intencionalidade de realizar a observação participante, variando os graus de participação de acordo com as situações apresentadas no campo. Este processo exigiu um dialético exercício de estranhar o que me parecia até então familiar e de me familiarizar com o que passava a me causar

estranhamento. Esse movimento me permitia reconhecer o novo no que era observado.

Conhecedora dos riscos que a inserção prévia da pesquisadora no campo poderia incorrer para pesquisa, buscou-se superá-la, para que essa familiaridade prévia não fosse um obstáculo à apreensão dos sentidos de integralidade na assistência ao recém-nascido.

As observações ocorreram nas três UTINs, no período de 18 de agosto a 17 de outubro de 2006. Foram realizadas em diferentes horários do dia e da noite e em todos os dias da semana, incluindo os feriados. A duração das observações variou de 10 minutos a 2 horas.

O registro era feito, imediatamente após ou até mesmo durante as observações, em um *Diário de Campo* no qual, além dos fatos observados, também relatava minhas impressões.

Para orientar o que deveria ser alvo de observação, tendo em vista o objeto do estudo, foi elaborado um roteiro para observação (Anexo H) do qual constavam as principais situações de assistência ao recém-nascido, com indicativos dos aspectos a serem observados, buscando o que sinalizava ou não para a construção da integralidade.

Os balizadores da duração de cada observação eram o início e o término da realização do cuidado demandado pelo recém-nascido. Buscando sempre localizar as relações estabelecidas entre os indivíduos (profissionais, recém-nascido, família), e a prática do profissional.

Embora eu já tivesse uma familiaridade com o campo e as situações que aí ocorriam, na condição diferenciada que agora me encontrava, era necessário uma atitude analítica e reflexiva constante diante das observações realizadas. Mesmo

estando inserida naquele cotidiano, por diversas vezes me surpreendi mediante acontecimentos, que até então haviam me passado despercebidos e agora me causavam estranhamento.

Via-me diante da difícil tarefa de, em alguma medida, ser pesquisadora e sujeito do que era pesquisado. De estranhar o que me era tão familiar e do qual eu era parte integrante.

Como era alguém envolvida ativamente no cuidado oferecido ao neonato e a gestão vivenciei a dificuldade de traçar os limites entre o compromisso com a garantia da integralidade e a manutenção da observação quando as ações não a favoreciam.

Há que se considerar a intensidade com que vivi esse período da pesquisa. Como observadora, muitas vezes me via frente a situações que comprometiam a integralidade do cuidado. Considerando meus valores, minha visão de mundo, minha inserção no campo e tendo em vista que o meu objetivo ali não era “ver até que ponto as coisas chegavam”, mas apreender situações que, em alguma medida, favoreciam ou impediam ações integradoras, após discussão com outros pesquisadores, optei por intervir nos acontecimentos imediatamente após a identificação de ações pouco favoráveis à integralidade.

4.2.5 Tratamento e análise dos dados

A organização dos dados obtidos das gravações das Oficinas demandou um certo tempo. As gravações foram inicialmente transcritas pela pesquisadora, identificando os informantes e buscando manter aspectos importantes para a análise como as expressões utilizadas, os silêncios, as exclamações e interrogações.

Após a transcrição das duas Oficinas, foi feita uma leitura com escuta simultânea das gravações para se garantir a fidelidade do trabalho.

Em seguida, foi feita a substituição dos nomes dos participantes das Oficinas para lhes garantir o anonimato. Assim, os usuários que participaram das Oficinas receberam nomes de flores (Girassol, Flor-de-Liz, Azaléia, Papoula, Gardênia, Amor-Perfeito, Bouganville, Jasmim, Orquídea), os profissionais receberam nomes de pedras preciosas (Ágata, Cristal, Ametista, Rubi, Topázio, Água Marinha, Turfa, Turqueza, Diamante, Turmalina, Esmeralda, Pérola).

O material produzido foi trabalhado na perspectiva da Análise de Discurso pelas possibilidades oferecidas de refletir sobre as condições nas quais são construídos e apreendidos *“a significação de textos produzidos nos mais diferentes campos [...] Ela visa a compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido”*.(MINAYO, 2007, p.319)

Para Rocha, Deusdará (2005, p.319) sob esse ponto de vista discursivo a linguagem *“não pode apenas representar algo já dado, sendo parte de uma construção social que rompe com a ilusão de naturalidade entre os limites do lingüístico e os do extralingüístico. A linguagem não se dissocia da interação social.”*

Orientada por essa possibilidade, buscou-se encontrar as contradições existentes, confrontar os saberes e fazeres que posteriormente compuseram a análise. A transparência inicial da linguagem deixou de existir, assim como as impressões iniciais que nos causa, fazendo emergir sua relação com o universo simbólico no qual ela foi produzida.

O caminho percorrido para isso foi leitura do material transcrito das oficinas buscando me colocar no lugar de quem falava, referenciada pelas circunstâncias vividas por cada participante. Esse movimento permitiu-me aproximar

do que Caregnato, Mutti (2006, p.684) chamam de “*posição discursiva do sujeito, legitimada socialmente pela união do social, da história e da ideologia, produzindo sentidos*”.

Assim, impregnei-me pelo conteúdo do material até que adquirisse a capacidade de descrever as falas, ações e fatos relatados pelos participantes, a partir da perspectiva deles. Nessa fase, foram eliminados vícios de expressão ou vocábulos coloquiais repetidos que não se faziam necessários à compreensão, bem como as questões e as intervenções feitas pela pesquisadora.

Na exploração do material, atribuiu-se sentido a cada trecho que continha uma idéia. O quadro abaixo exemplifica a atribuição das unidades de sentido ao discurso

Discurso	Unidades de sentido
<i>E aqui eu coloquei mais o aprendizado que a gente tá tendo, entendeu? Que a gente aprende.</i>	Aprendizado durante a vivência na UTIN
<i>O nosso foco é o bebê mesmo, o foco não é a equipe. A gente trabalha em equipe em função das necessidades do recém-nascido.</i>	O foco da assistência é o recém-nascido

Para que se pudesse retornar ao discurso, à medida que as unidades de sentido eram extraídas do texto, recebiam uma codificação com o nome de quem a emitiu, a identificação se usuário (U) ou profissional (P), e a ordem de aparecimento no texto (Ex.: Girassol, U-9; Água Marinha, P-22).

Dos discursos de cada uma das Oficinas foi obtido um grande número de unidades de sentido as quais foram recortadas e agrupadas, mantidas as suas respectivas codificações. O tratamento dos resultados obtidos até aqui foi feito agrupando as unidades de sentido de acordo com as afinidades, emergindo as categorias e subcategorias empíricas.

Pode-se observar uma estreita relação entre as categorias e subcategorias oriundas dos discursos para a materialização da integralidade por

convergência, divergência ou contradição expressando o constante movimento e a transformação da realidade estudada. Na tentativa de traduzir visualmente o que foi apreendido dessa realidade e que nos orientará na análise dos discursos, foi elaborada a Figura 1. Nela, os diferentes matizes em torno das categorias empíricas expressam a rede de significados e a constante transformação aí existente e, em uma analogia do desenho do Homem Vitruviano de Leonardo da Vinci, o círculo que envolve as categorias representa o movimento constante e o quadrado representa o conjunto das partes formando o todo.



FIGURA 1 – Categorias e Sub-categorias empíricas

As categorias e subcategorias, bem como as unidades de sentido que deram origem a elas podem ser vistas na Figura 2. chamada de Mapa de Idéias Centrais

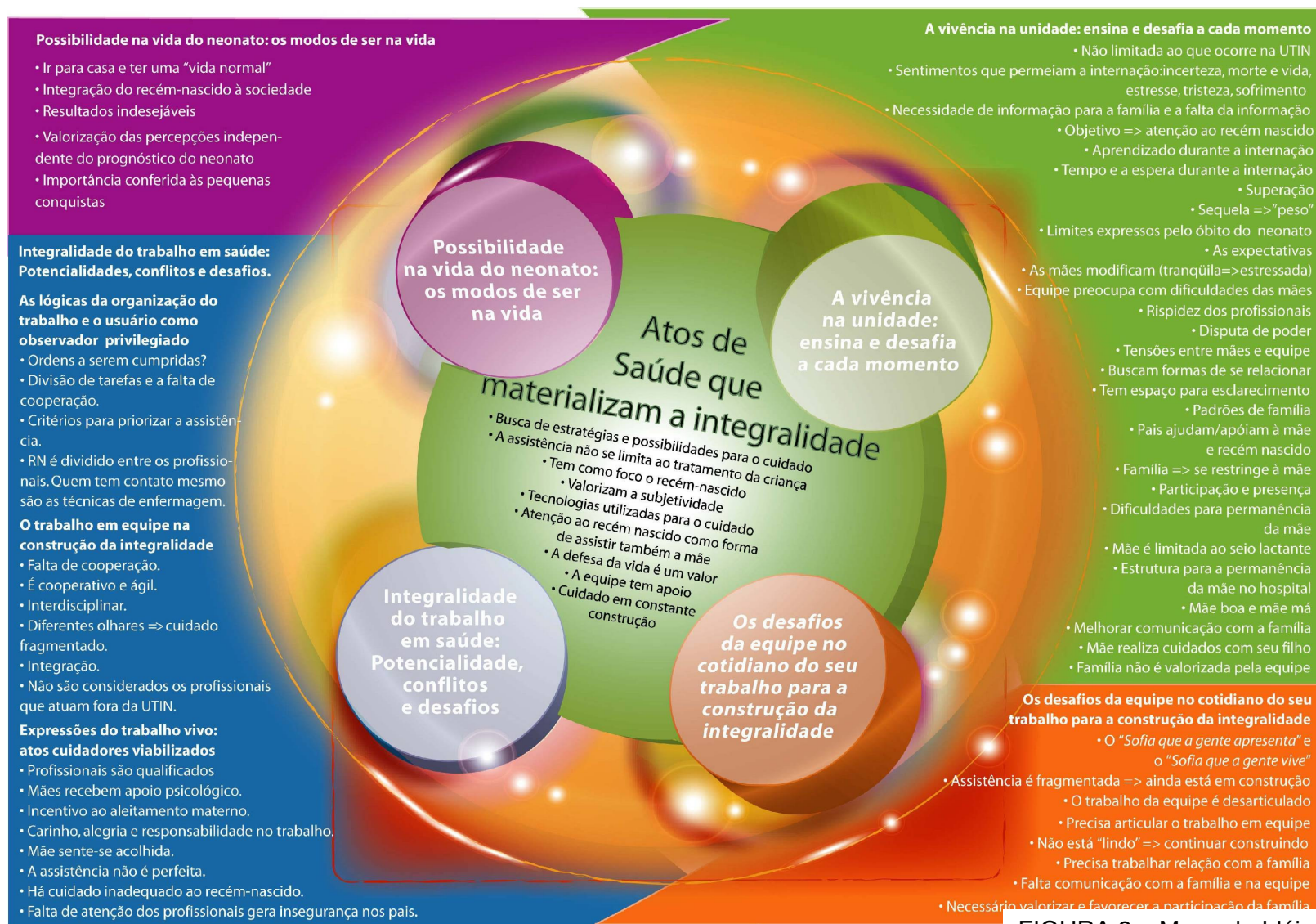


FIGURA 2 – Mapa de Idéias Centrais

A apresentação e a discussão dos resultados foi ilustrada com os relatos dos discursos e, em alguns momentos, utilizados fragmentos, sempre com a identificação dos informantes e procurando manter seu sentido original. Sempre que na íntegra, foram apresentados entre aspas e em itálico para melhor diferenciação. Para a análise foi possível utilizar todos os discursos das participantes, não sendo necessário adotar nenhum critério para seleção dos mesmos.

As observações relatadas no Diário de Campo foram utilizadas para melhor compreensão e contextualização do discurso dos usuários e profissionais e para isso, busquei relacioná-las às unidades de sentido que compuseram as categorias e sub-categorias empíricas.

5 ANÁLISE DOS DADOS

5.1 ATOS DE SAÚDE QUE MATERIALIZAM A INTEGRALIDADE

Do conjunto dos discursos dos profissionais e usuários participantes das oficinas foi possível apreender idéias que dão significado ao cotidiano⁴ do cuidado na UTIN e que expressam a integralidade. Essas idéias puderam ser evidenciadas no espaço assistencial e expressas a partir das visões de mundo dos participantes que, com maior ou menor intensidade, influenciam as práticas em saúde.

Nas manifestações dos participantes foram identificadas práticas de saúde que possibilitam a construção da integralidade, a partir de um fazer tensionado por operar, tanto os processos relacionais quanto aqueles centrados nos procedimentos, mas tendo o seu conjunto como produtores de *atos de saúde*.

A adoção do termo *atos de saúde*, vem de Merhy (2002, p.122) que os define como aqueles produzidos pelo conjunto dos trabalhos em saúde e considerados como “*capazes de intervir no mundo do que é denominado de ‘problema de saúde’, provocando uma alteração em torno da produção de um resultado: a satisfação de uma necessidade/direito, do usuário final*”. O autor ressalta que nem sempre atos de saúde produzem saúde, pois o resultado dependerá de ser essa produção “procedimento-centrada⁵” ou “usuário-centrada⁶”.

Nas duas Oficinas, após a elaboração dos relatos pelos participantes e de sua leitura para o grupo, foram escolhidos, pelos participantes de cada Oficina dois

⁴ “cotidiano entendido como o *lócus social onde se expressam não somente experiências de vida, na perspectiva individual que o termo possa conter, mas também contextos de relações sociais distintas que envolvem tanto pessoas, como grupos específicos, coletividades e instituições.*” (PINHEIRO; LUZ, 2003, p.19).

⁵ Incorporação e valorização de uma tecnologia instrumental, diagnóstica e terapêutica na atenção à saúde (MERHY, 1998).

⁶ Compromisso com a necessidade dos usuários.

relatos que fossem disparadores das discussões. Ao passo que os participantes interagem, utilizavam também, de outras situações vivenciadas em seu cotidiano, produzindo uma superposição de relatos como se estivessem sendo contados por várias vozes que lhes acrescentavam detalhes e fazendo deles sobressair relevos ainda não percebidos. Assim, verificaram-se a intensidade e a riqueza do vivido por cada um deles e, ao se valorizarem as diferentes situações constitutivas dessa realidade, foi possível vislumbrar melhor o objeto do estudo. Partindo dessas considerações é que deixaremos surgir, durante a análise, a multiplicidade de situações descritas pelos participantes ao comporem o seu discurso. Entendo-as constituintes desses indivíduos e, portanto, necessárias a uma aproximação do vivido por eles.

As falas dos participantes foram permeadas pelas tensões entre as práticas de saúde hegemônicas reproduzidas pelo trabalho em saúde nos lugares e nos momentos de produção dos atos de saúde e pelas tentativas de inventar novos processos de trabalho ou abrí-los a outras direcionalidades ainda não pensadas.

As situações relatadas e escolhidas pelo grupo de profissionais durante a oficina, utilizadas para disparar a reflexão evidenciaram sua potência para provocar uma revisita a suas experiências e trazer à tona suas representações acerca da repercussão que algumas ações, não necessariamente relacionadas à manutenção do funcionamento do corpo biológico do neonato assistido em UTI, têm sobre os profissionais. Dessa forma, os profissionais se colocavam em contato com outras dimensões⁷ do neonato, favorecendo o atendimento de necessidades de saúde⁸

⁷ O termo dimensão será utilizado neste estudo para se referir às várias possibilidades a serem valoradas na busca de um olhar abrangente sobre o indivíduo. Neste caso específico, além de considerar as suas necessidades biológicas, o contato com outras dimensões considera também as relacionadas à família, ao ambiente, ao desenvolvimento, às subjetividades e ao social.

⁸ Necessidades de saúde entendidas como garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006).

advindas delas e estendidas à sua família. E, os significados por eles atribuídos aos relatos os colocavam em uma situação de análise de suas práticas e saberes.

Uma das situações refere-se a uma criança comatosa, traqueostomizada e com seqüelas neurológicas que se encontrava internada, sob cuidados intensivos, há quase um ano e em quem foi colocado um *discman*, para que pudesse ouvir música. Enquanto a criança ouvia música, foi observado que de seus olhos escorriam lágrimas e essa reação variava de acordo com o tipo de música que ouvia.

Esmeralda (P-70) expressa como se sentiu ao ouvir o relato e o impacto inicial: sofreu ao ouvir “um RN comatoso, na UTI, traqueostomizado, com um *discman*”. Esmeralda diz que inicialmente se questionou se o *discman* deveria estar ali. Mas ao ouvir, na seqüência, que o bebê tinha lágrimas nos olhos, o que foi entendido pelos profissionais como uma reação a esse estímulo, Esmeralda considera que deveria sim, porque, mesmo diante de um recém-nascido por quem aparentemente nada havia a ser feito, pode-se perceber que “*ali tem alguém*”.

O que se evidencia é um estranhamento pelo uso do *discman*, tanto pelo local da utilização onde não é tido como um equipamento habitual, quanto pelo estado da criança em quem foi utilizado que, pela descrição inicial, parecia não ser capaz de apresentar resposta alguma ao estímulo. A utilização do *discman*, mesmo em um recém-nascido portador do grau de dependência apresentado e com seu prognóstico, possibilitou à equipe vê-lo não somente como uma pessoa que estava ali para manter o funcionamento do corpo, mas que, de alguma forma, poderia ser inserido na vida.

Pode-se também apontar que a descrição dessa criança é feita utilizando-se de termos técnicos e de condições de saúde que determinam limitações

importantes. Uma descrição que, em larga medida, é generalizável e que dificulta a identificação de uma individualidade. O aparecimento do *discman* nesse contexto parece colocar em evidência um sujeito ali presente a quem se destina o cuidado.

Turfa (P-69) traz contribuições a essa discussão ao dizer que o uso do *discman*, nesse caso, é o reconhecimento de que as necessidades do recém-nascido ultrapassam os procedimentos técnicos oferecidos. O recém-nascido depende da sensibilidade da equipe para reconhecer e tornar possível essas ações. Turfa (P-69) acredita que, ao reconhecer as necessidades, o profissional pode se deparar com situações nas quais será necessária a incorporação de novas práticas, mesmo que ainda não tinham a chancela da comprovação científica.

Esse relato nos permite identificar a insuficiência de uma assistência orientada por práticas hegemônicas cuja lógica de produção tem centralidade nos procedimentos e nos profissionais, sendo pouco permeáveis às necessidades dos usuários e, portanto, pouco orientadas pela integralidade.

Para a análise do discurso de Turfa (P-69), é importante que retomemos algumas características do ambiente utilizado para cenário deste estudo. Uma unidade de assistência fortemente marcada pela incorporação tecnológica e pelas práticas orientadas por protocolos e saberes bem estruturados onde, na busca contínua pela manutenção da vida, a maior ênfase do trabalho dos profissionais está nas ações de terapêutica e diagnóstico.

Dessa forma, assim como identificado no relato de Turfa (P-69), há que se subverter essa lógica estabelecida evoluindo-se para a oferta de uma assistência que considere as subjetividades⁹. Isso implica na incorporação de novas tecnologias na produção de novos produtos ou de diferentes formas de produzir os até então

⁹ Refere-se nesse trabalho às maneiras de existir no marco da história (BARROS, 2006).

existentes. Fazendo-se emergir no cotidiano fazeres, como o relatado, que sejam capturados e não fiquem ofuscados pelas práticas hegemônicas.

Campos (1994) sustenta essa análise ao afirmar que as formas para “*implosão*” dessa ordem deveriam partir de seu próprio interior, modelando as ações e as mudanças que utilizassem elementos e materiais da própria instituição que se pretende reformular.

Utilizo-me da análise de Campos (1994) para abordar outra idéia que se depreende do discurso de Turfa (P-69) e que traz, por meio de um entendimento do uso do melhor conhecimento disponível para a assistência ao recém-nascido, possibilidades para a modificação da ordem estabelecida.

Os dizeres de Turfa (P-69) ao afirmar que a decisão de reproduzir uma música que pudesse ser ouvida pelo recém nascido por meio do fone de ouvido “*não foi porque tá provado [...] que ouvir discman é melhor*”,(Turfa,P-69) indicam a importância de outros aspectos a serem apreciados na escolha do cuidado a ser oferecido, além da evidência científica. Para a análise dessa idéia, introduzimos uma discussão feita por Santos (2000, 2001, 2004) acerca da produção do conhecimento, suas possíveis conseqüências e a defesa de “*um conhecimento prudente para uma vida decente*”, posteriormente utilizada por Mattos (2004).

Ao evocar essa expressão em um de seus trabalhos, Mattos (2004), a traz para o campo da saúde onde discute a utilização da cientificidade para a escolha da melhor forma de cuidar. Para o autor, o que caracteriza o melhor cuidado não é a sua cientificidade, mas sua contribuição a uma vida decente. Incluem-se, aqui, conhecimentos que, mesmo não-científicos, se voltam para uma vida decente. Para isso, defende a prudência no uso do conhecimento afirmando que “*devemos utilizar o conhecimento científico com responsabilidade, buscando o equilíbrio entre as*

aparentes possibilidades de intervenção e nossa capacidade de antever as consequências desse cuidado.”(MATTOS, 2004, p.121).

Sob essa perspectiva, depreende-se do discurso de Turfa (P-69) a existência da prática do *cuidado prudente* para a construção da integralidade ao se buscar apreender as necessidades do recém-nascido e ao utilizar o contexto da assistência como um espaço para a composição das melhores intervenções a serem feitas, considerando-se o significado dessas práticas para o recém-nascido e sua família. Apreende-se que para um *cuidado prudente*, além da capacitação técnica da equipe, faz-se necessária a disponibilidade dos profissionais. Mas, em meu cotidiano de trabalho como enfermeira, verifico que nem sempre é possível garantir a concretude dessas intenções, devido à organização do processo de trabalho. Além de novas definições políticas e administrativas, requer a implicação de trabalhadores e usuários no projeto assistencial.

O delineamento da discussão acerca da incorporação tecnológica apontado anteriormente pode ser evidenciado em outros discursos, como na construção feita por Gardênia (U-17). Ela fez uma colagem que utilizou para retratar a assistência prestada ao recém-nascido, a caixa de um medicamento junto ao desenho de um coração. Gardênia (U-17) serviu-se dessa colagem para falar dos diferentes recursos que são buscados para o atendimento dos recém nascidos e que foram assim expressos por ela: o frasco de medicamento diz respeito aos antibióticos e o coração ao acompanhamento do psicólogo na hora da notícia por achar que “*é muito triste a gente receber uma notícia ruim*”.



Ficam evidentes nessa representação, a percepção da usuária sobre o uso das diferentes tecnologias para uma atenção integradora e a expressão de sua consciência de que, para essa assistência ao recém-nascido, o uso das tecnologias contidas nos equipamentos e nos protocolos se mostra insuficiente, fazendo-se necessária a incorporação da tecnologia contida nas relações e sua inclusão como foco da assistência.

A construção de Gardênia (U-17) revela a idéia de tecnologia aqui adotada que não se limita em traduzir os equipamentos e as máquinas utilizados no trabalho em saúde, pois nela estão incluídos saberes conformados para essa produção.

Para a produção do cuidado em saúde centrado no usuário tem-se uma mobilização estratégica do território das tecnologias *leves* e *leve-duras*, sem se desconsiderar a produção de procedimentos mobilizadores de tecnologias *duras* e *leve-duras* e, centrado no profissional. E, ao se pensarem a utilização dessas tecnologias e a produção de um cuidado integral em saúde, Merhy (2002) acredita que é necessária uma combinação generosa e flexível das *leves*, *duras* e *leve-duras*. Essas considerações se inserem na compreensão de Ayres (2004, p.87), acerca do uso das tecnologias no cuidado em saúde

(...)no que se refere às tecnologias disponíveis, há necessidade de superar a restrição àquelas que trabalhem restritamente com uma racionalidade instruída pelos objetos das ciências biomédicas. Embora estas ciências ocupem lugar fundamental e insubstituível, pelo tanto que já avançaram na

tradução de demandas de saúde no plano da corporeidade, ao atentarmos à presença do outro (sujeito) na formulação e execução das intervenções em saúde, precisamos de conhecimentos que nos instruam também desde outras perspectivas.

Um aspecto que cabe também na reflexão acerca do retratado por Gardênia (U-17) é que a psicóloga é a profissional por ela apontada como a que incorpora mais fortemente a tecnologia *leve* na assistência. Mesmo sabendo-se que a fala e a escuta são marcantes na prática desse profissional, tais recursos deveriam ser inseridos no fazer de outros profissionais.

O reconhecimento da incorporação de diferentes tecnologias evidenciado a partir do relato de Gardênia (U-17) é reforçado por Turfa (P-50) ao considerar que a instituição busca garantir toda a tecnologia necessária para assistir ao neonato, *“tanto de equipe (...) quanto das duras”*.

Mesmo sendo evidenciada a utilização das diversas tecnologias para a construção da assistência integral, a análise dos discursos revela um peso importante das *leves* para que situações de integralidade se concretizem. Essa assertiva pode ser apreendida do discurso de Turmalina (P-79) quando, após pontuar algumas dessas situações, considera que elas foram possíveis porque houve a *“possibilidade de fala, de escuta, e principalmente, de experimentar”*. Turmalina (P-79) afirma que essa forma de atenção é difícil e que às vezes o profissional se depara com situações em que não sabe o que fazer.

Esse discurso permite refletir sobre uma assistência que utiliza como ferramenta o diálogo que, na concepção de Xavier (2004), mais que um processo de comunicação, significa um processo de troca que envolve profissionais e usuários, tendo como um de seus resultados o fortalecimento do vínculo entre esses atores. Partindo dessa premissa, acreditamos que o diálogo coloca os sujeitos em evidência estabelecendo relações nas quais os profissionais se implicam, não se limitam a

apreender as necessidades de saúde dos usuários, mas também buscam construir formas de atendê-las.

Turmalina (P-79), em sua fala, refere-se à possibilidade de “*experimental*” como algo que concretizou algumas ações de saúde orientadas pela integralidade. Um fazer que tornou possível essas ações ao serem consideradas a dinamicidade, imprevisibilidade, a plasticidade e a inventividade próprias da vida e do ser humano¹⁰ rompendo-se com a racionalidade do fazer tecnicista e objetivista. Barros (2006) traz colaboração a esse pensamento ao afirmar que “*precisamos fazer tremer certas formas dogmáticas de pensar e agir, que estão pautadas em paradigmas biomédicos, hierarquizantes e cientificistas, para dar passagem àquilo que ainda é impensado e não experienciado.*” (BARROS, 2006, p.263).

Isso significaria pensar em um fazer capaz de assegurar a possibilidade de inventar novos *atos de saúde*. Esta perspectiva de inventividade é muito utilizada ao se falar do processo de conhecimento que, dentre outros pressupostos, considera que a aprendizagem se dá na relação do aprendiz com o mundo externo, gerando um outro aprendiz e um outro mundo. Sob essa ótica, a aprendizagem é uma atividade criadora na qual aprende, verdadeiramente, aquele que cria permanentemente com o mundo exterior, reinventando-se também como aprendiz. É portanto necessário experimentar incessantemente, impedindo que a aprendizagem forme hábitos cristalizados (VARELA; THOMPSON; ROSCH, 2003). Pensar o fazer no cotidiano dos serviços de saúde sob esse prisma é reconhecê-lo como em constantes construções e desconstruções de saberes, valores, concepções e sujeitos, marcado pela experimentação e a alta possibilidade de se inventarem novos fazeres.

¹⁰ Adotamos o conceito de humano conforme definido por Barros (2006, p.273) como “*um vivente dinâmico, em processualidade, e que é no encontro com o outro, no diálogo com esse outro, que se constitui e ao mundo, num movimento de co-engendramento*”.

O discurso de Turmalina expressa, ainda, o potencial das situações imprevisíveis a serem enfrentadas no cotidiano do trabalho em saúde, que podem ser vistas como propulsores de um fazer inventivo. Um fazer que, ao considerar a dinamicidade da vida e do ser humano, assume repensar cotidianamente as suas práticas a partir de situações singulares, interrogando os modos de operar nos serviços de saúde e dando-lhe novas direcionalidades e significados. Um desafio é o exercício constante da invenção de novos *atos de saúde* no qual trabalhadores e recém-nascido/família, experienciando o processo conjuntamente, se transformem e criem outras possibilidades.

Para isso é imprescindível o papel da gestão, deixando-se dinamizar pelo cotidiano dos serviços de saúde, tornando possível a ação dos trabalhadores e concorrendo para que, em lugar do engessamento por normas e rotinas endurecidas, a criatividade seja tida como possível e necessária no espaço institucional.

Ao falar da assistência prestada a recém nascidos em situação crônica, Ágata (P-74) mostra como a rotina do trabalho faz com que os profissionais se esqueçam de que as crianças assistidas fazem aniversário, precisam de carinho dentre outras coisas e portanto a equipe precisa pensar em oferecer “*algo mais do que só um respirador, só um soro, só um fisioterapeuta (...) um pediatra*”.

A constatação de Ágata (P-74) é importante no que se refere a esse grupo específico de neonatos uma vez que eles e seus familiares permanecem por um longo período na instituição, criam vínculos. A equipe se aproxima de suas histórias e delas passa também a fazer parte, acompanha o seu percurso durante a internação e é conhecedora de seus prognósticos, muitas vezes desfavoráveis.

Esses são aspectos que, de alguma maneira, estão presentes na fala de

Ágata (P-74) e sinalizam para a necessidade de usá-los para modificar a assistência. Fica patente em seu discurso como a rotinização do trabalho e as mesmas preocupações centrais – doença e terapêutica - são limitantes para a apreensão das necessidades do recém nascido e sua família.

Sabendo-se que, quanto maior é o conjunto de saberes e práticas disponíveis para a produção de *atos de saúde*, maior será a possibilidade de se compreenderem as necessidades de saúde e confrontá-las adequadamente, um caminho que vejo como possível é o trabalho com uma equipe ampliada¹¹ de saúde, atuando continuamente na assistência bem como a participação mais ativa das famílias como capazes de identificar também necessidades do recém nascido e, em conjunto com a equipe de saúde, construir estratégias para atendê-las.

Assim como os discursos nos permitem refletir acerca da necessidade de maior incorporação da família, depreende-se da fala dos profissionais que a assistência prestada ao neonato tem grande repercussão para a mãe que normalmente fica com a criança durante a internação. Isso fica evidente quando Esmeralda (P-73) relata o caso de um recém-nascido. Mesmo sabendo da insuficiência dos alongamentos para redução das contraturas musculares, da inalteração de seu quadro clínico, e da evolução de sua doença, os profissionais continuaram os procedimentos porque observaram o impacto positivo que tinham sobre a mãe quando via que a equipe continuava investindo em seu bebê. Em sua fala, Esmeralda (P-73) também chama a atenção para os resultados que esperamos de nossas intervenções pois, apesar de nem sempre os obtermos precisamos estar atentos àqueles que não podemos perceber e aos que possibilitam uma forma de assistir também a equipe e a família.

¹¹ Não se limita aos profissionais determinados para atuarem em respeito à portaria de atenção em UTIN. Incorpora profissionais como o terapeuta ocupacional, assistente social, fonoaudiólogo, psicólogo.

Essa perspectiva de assistir o recém nascido contemplando a família surge nos relatos de Topázio (P-84) e Turmalina (P-78). Topázio discorre sobre o desejo que a mãe tem de carregar seu filho no colo e que, em muitos casos, o bebê morre sem que a mãe possa fazê-lo. E uma situação que Topázio (P-84) diz ter chamado a sua atenção, apesar de considerá-la “*deprimente*” e “*muito triste*”, foi a de uma mãe que colocou o filho no colo quando ele estava morrendo e Topázio (P-84) se pergunta como deve ter sido forte e intenso o sentimento dessa mãe.

Turmalina (P-78) relembra uma iniciativa da equipe que foi a de levar para casa uma criança de aproximadamente nove meses de idade, sob ventilação mecânica desde o nascimento, para que ela pudesse ficar um pouco em seu quarto. Durante a internação, a mãe havia explicitado à equipe o desejo que tinha de que o seu filho conhecesse o quarto que ela havia montado para ele e a equipe sabia das poucas chances que a criança tinha de sair de alta para casa.

Em ambos os relatos, pode-se observar que, apesar dos resultados clínicos desfavoráveis, a equipe foi capaz de construir, com os familiares, estratégias que lhes permitissem viver um pouco dos seus sonhos. O relato de Topázio (P-84) permite evidenciar os sentimentos que determinadas situações despertam na equipe. Por mais “*triste*” e “*deprimente*” que possa parecer, o desejo de colocar o bebê no colo, mesmo após o óbito, é expresso pelos pais, como identificado na observação de campo.

“(...)a psicóloga acompanha os pais até o leito onde está o corpo do bebê e diz que podem tocá-lo. Os pais choram e tocam o bebê. A psicóloga pergunta aos pais se eles querem colocar o bebê no colo e eles dizem que sim.”

Diário de campo (22/09/2006, p.83)

Para os pais, esse momento pode ser a possibilidade de ter seu filho em seus braços e celebrar a morte ou vivenciar a maternidade/paternidade e para a equipe, a possibilidade de auxiliar a família na construção do desapego e no enfrentamento do luto de forma que não resulte em danos emocionais a longo prazo.

Depreende-se dessa situação que a maneira de assistir a família no momento do óbito neonatal foi incorporada pelos profissionais da unidade mostrando que situações como a descrita podem modificar e ampliar a capacidade da equipe para a assistência. A vivência, como profissional dessa unidade e o contato com famílias que retornaram ao hospital após terem experienciado pegar o bebê durante e/ou após o óbito, mostraram-me uma capacidade maior da família para elaborar o luto.

Outro aspecto que ganha força no relato é o entendimento por parte da equipe, de que os procedimentos que contemplam a família do recém-nascido funcionam como disparadores de ações de cuidado. Assim, mesmo diante do óbito, a assistência não se encerra. Ela dispara ações junto à família a fim de que melhor se elabore a perda.

No entendimento de Walsh e McGoldrick (1998) a morte de uma criança tende a ser perturbadora para toda a família e envolve a perda dos sonhos e da esperança dos pais, podendo levá-los a questionar o sentido da vida. Uma estratégia apontada por Mulhern, Laurer e Hoffman (1983) que pode facilitar o enfrentamento do luto pela perda do filho é a participação dos pais nos cuidados com a criança doente e até sua morte.

Tendo em vista o conjunto de valores que orienta a construção da integralidade, ela tem sido apresentada como um movimento em *defesa da vida*. Os discursos expressam que esse é o mesmo entendimento que tem orientado as

práticas no cenário de estudo, como revelado por Turfa (P-42). Ela usa de um sol para descrever como a vida é valorizada: *“o sol é soberano, e a vida aqui também é levada desta forma. Como um princípio”*. Turfa (P-42) cita alguns exemplos para demonstrar que mesmo frente à dificuldade de recursos as condições para o cuidado são mantidas com a justificativa de que *“a vida vale mais”*.

Mesmo esses valores sendo compartilhados por um conjunto de trabalhadores, há tensões e conflitos para mantê-los, o que fica explícito na fala de Turfa (P-42) ao mencionar os conflitos existentes quanto à liberação de vagas para a Central de Internação.

Essas considerações de Turfa (P-42) mostram a necessidade de se refletir como ocorre o gerenciamento das vagas para internações. Em atendimento às recomendações da Portaria SAS/MS nº 356 de 22 de setembro de 2000 (BRASIL, 2000b), que define sobre a implantação de centrais de regulação Obstétrica e Neonatal, todos os leitos das instituições hospitalares de Belo Horizonte, credenciados ao SUS, são regulados pela Central de Internações. É a Central que gerencia os pedidos de vaga, recebendo-os, contactando os hospitais e liberando a internação. Esse fluxo deve ocorrer mesmo quando a demanda vem das cidades do interior do estado. Portanto, no funcionamento da Central de Regulação, os profissionais dos serviços têm papel importante na garantia do acesso ao serviço de saúde ao solicitarem e ao aceitarem a internação. Mesmo com esses mecanismos que buscam facilitar a internação, sabe-se que o acesso não garante a integralidade mas é fator essencial para que ela ocorra.

Considerando-se que a instituição, cenário do estudo, presta assistência à mulher e ao recém nascido e as recomendações para que o transporte ocorra ainda intra-útero (REGO; ANCHIETA, 2005) há dificuldades em se estabelecer um

equilíbrio entre a liberação da vaga para a gestante cujo feto potencialmente necessitará de assistência em UTI e a existência de vaga.

A dificuldade reside principalmente na impossibilidade de se definir previamente o momento do nascimento da criança e de se ter a garantia de que necessitará de cuidados intensivos. Essas incertezas inviabilizam a reserva de um leito. Assim, uma vaga para uma gestante condicionada à existência de vaga em UTIN pode significar um obstáculo para o acesso ao serviço de saúde.

Valer-me-ei dessa explicação sobre o que tem sido discutido como vias de acesso e as variáveis que interferem para o entendimento do conflito na liberação de vagas para a Central de Internação relatado por Turfa (P-42). Esses conflitos surgem nos momentos em que a necessidade de internação na UTIN supera o número de vagas e os profissionais questionam sobre a liberação de vagas para gestantes cujos fetos potencialmente necessitarão da UTIN, mesmo sem previsão de um nascimento imediato.

Fica evidente que, sem o acesso da gestante ao hospital, entendendo-o como o que concentra as tecnologias para o atendimento a suas necessidades de saúde, não haveria integralidade possível. Ressalta-se que a integralidade não se realiza em um só espaço de atenção, ela é a construção de um sistema que se articula em rede de forma a favorecer os fluxos e contra-fluxos dos usuários.

Essa forma de organização deve ser considerada tanto para a articulação dos diferentes pontos de atenção ¹² existentes no hospital, quanto desses com outros pontos de atenção da rede. Sob essa lógica, Cecílio (2001) defende a idéia de integralidade *focalizada* e *ampliada*. Para o autor, a integralidade *focalizada* seria pensada no micro e que se dá a partir do atendimento realizado por cada

¹² Pontos de atenção entendidos como os lugares institucionais onde se ofertam determinados serviços produzidos por uma função de produção singular (MENDES, prelo).

profissional buscando a máxima integralidade possível na perspectiva do trabalho em equipe. A integralidade *ampliada* seria a articulação em rede das várias *integralidades focalizadas*.

Retomando os elementos utilizados por Turfa (P-42), a integralidade seria alcançada como resultado da articulação do hospital com outros pontos de atenção da rede, tendo a Central de Internações como um dispositivo¹³ para garantir o fluxo.

Para se concretizar a integralidade exige-se a oferta da melhor atenção possível por cada um dos profissionais que assistem a mulher, o recém nascido e os familiares durante a permanência no hospital até seu retorno ao domicílio e à rede de serviços.

Além do acesso, outro princípio do SUS que fica evidente no discurso dos informantes é a universalidade. A concretização desse princípio pode ser identificada por Turqueza(P-55) ao relatar que independente da raça a criança é admitida. A fala de Diamante (P-65) é concordante com a de Turqueza (P-55) e acrescenta que, sendo rico ou pobre, por aqui ser SUS, todos são tratados como iguais.

Os discursos permitiram identificar uma relação de proximidade entre os profissionais na qual eles se apóiam em momentos de sofrimento, nem sempre relacionados ao trabalho. Do discurso de Ametista (P-24) pode-se evidenciar essa constatação quando fala das conversas entre médicos, enfermeiros, técnicas de enfermagem e psicóloga quando algum profissional “*tá sofrendo com alguma coisa*” e para ela este é um espaço que tem “*aqui que em outros hospitais nós não temos*”.

Essa proximidade nas relações também se evidenciou em outro relato de Ametista (P-81) ao falar das técnicas de enfermagem que ficavam por longos períodos com uma criança no colo quando a mãe não podia permanecer no hospital.

¹³ Tomado como qualquer coisa que produza efeito, o que é capaz de provocar mudança (CECCIM; GUIMARÃES; KLAFFKE; LENZ, 2007; HONORATO; PINHEIRO, 2007).

Para ela, foi comovente vê-las durante uma a duas horas com a criança no colo, dando-lhe carinho.

Em ambas as situações, as pessoas se potencializaram ao se permitirem estabelecer outros pontos de contato que favorecessem trocas nas quais profissionais e usuários se beneficiaram.

Turmalina (P-15), ao refletir sobre a assistência que é oferecida na UTIN, considera que *“tem muita coisa na assistência que poderia ser melhor”* e que, às vezes não é, por fatores externos à instituição como a formação dos profissionais. E aponta também a construção de um serviço que seja para todos e que desperte o prazer de trabalhar. Turmalina (P-15) ressalta ainda que só recentemente os profissionais começaram a olhar para a assistência na UTIN e a identificar o começo de um trabalho interdisciplinar. Encerra dizendo que é *“um ajuntar mesmo de forças, as pessoas querendo fazer algo em comum.”*

A partir dessa fala pode-se observar a existência de uma consciência de que, por melhor que esteja a assistência e por mais que possua atos produtores de integralidade, ela exige um movimento constante e cotidiano de olhar para as práticas e de reconstruí-las. Nesse esforço, o trabalho com outros profissionais poderá ampliar a força dessa ação.

5.2 INTEGRALIDADE DO TRABALHO EM SAÚDE: POTENCIALIDADES, CONFLITOS E DESAFIOS.

5.2.1 As lógicas da organização do trabalho e o usuário como observador privilegiado

Esta subcategoria foi construída a partir dos discursos dos usuários que, em sua vivência no espaço assistencial, expressam como vêem a inter-relação entre os profissionais em seu fazer. E, ainda, das idéias e concepções dos próprios usuários sobre como o trabalho em saúde deve ser realizado. Os discursos dos usuários participantes da oficina revelaram que a organização do trabalho é definida no plano das práticas isoladas dos profissionais, explicitando seus diferentes projetos, que se confrontam com os dos usuários.

Os usuários aos quais nos referimos são os pais e as mães que acompanham os seus recém-nascidos durante a internação e que participaram da oficina. Rotineiramente uma psicóloga ou uma terapeuta ocupacional buscam, acompanhá-los na sua primeira visita ao bebê, orientando sobre o funcionamento da Unidade, os cuidados que o seu filho está recebendo e cuidando para que recebam notícias sobre o seu quadro de saúde. Quando uma dessas profissionais não pode acompanhar essa primeira visita, é esperado que uma técnica de enfermagem, um médico, um enfermeiro ou uma fisioterapeuta o faça. Essas ações são entendidas pela equipe como o acolhimento da família na UTIN.

Esse acolhimento dos pais pela equipe foi expresso por Girassol (U-8) ao falar de seus primeiros contatos com o ambiente da unidade e com o bebê. Girassol relata que sua ida à unidade foi precedida de uma conversa com a psicóloga e a

mesma o acompanhou até a unidade e mostrou-lhe o bebê. Em seguida, a enfermeira se propôs a chamar a “*doutora para conversar*”.

Durante as 24 horas do dia, a mãe tem acesso à unidade e pode permanecer no seu interior quanto tempo desejar; e o pai, no período entre 09:00 e 21:00 horas. Exceções quanto ao tempo de permanência do pai são reavaliadas pela equipe, especialmente quando o recém-nascido encontra-se em um quadro de maior gravidade e/ou instabilidade clínica como pôde ser constatado na observação de campo

“[...] os pais entram novamente e permanecem junto ao bebê. Ouço uma técnica de enfermagem dizer que já passou do horário de permanência do pai, mas com o bebê ‘daquele jeito’ ela não tinha coragem de pedi-lo para sair. São 1:00 e eles ainda permanecem junto ao bebê conversando entre si e com a criança. Durante toda a noite os pais estiveram presentes sem nenhuma restrição e/ou questionamento da equipe.”

Diário de campo (16/10/2006, p.101-102)

Durante sua permanência na unidade, os pais e as mães acompanham os cuidados dispensados a seus filhos, realizam alguns deles como troca de fraldas e administração de dieta, recebem as informações da equipe e interagem com seus filhos conversando, cantando, tocando-os e, quando o quadro clínico o permite, colocando-os no colo. Minha vivência na unidade permite-me verificar que essa flexibilidade nos horários de entrada e a possibilidade de participar do cuidado favorecem a permanência de pais e mães por longos períodos, na unidade ou a sua vinda várias vezes durante todo o dia.

Enquanto permanecem junto de seus filhos os pais não se limitam a observar e a interagir com eles. Também observam como o cuidado é realizado com seu bebê e outros acontecimentos no interior da unidade

“15:10 - A mãe vai até o leito e senta-se em uma cadeira ao lado de forma que fica de lado para o bebê e de frente para a

UTI. Olha para o bebê e observa a que está tranqüila. [...] 15:20- A mãe permanece na UTI observando o entorno enquanto o seu filho dorme. [...]. 15:40 – O bebê ainda dorme. A mãe permanece ao lado do leito e olha atentamente para as duas bombas de infusão que estão sendo utilizadas pelo seu bebê.”

Diário de campo (25/08/2006, p.21)

“14:24 – A mãe lava as mãos, chega próximo à incubadora de seu bebê e se posiciona de forma que seu rosto fique na mesma altura e direção que o dele [...]. 14:28 – Bomba de infusão alarma, a mãe olha para a bomba e a técnica de enfermagem vem cancelar o alarme [...]. 14:29 – A bomba de infusão alarma novamente, a mãe olha em direção à técnica, e ela demora um pouco mais para vir desligar [...]. 14:44 - Vários alarmes tocam e a mãe olha em volta enquanto uma técnica de enfermagem checa o que está acontecendo.”

Diário de campo (26/08/2006, p.27-28)

Ao descrever a experiência de mães, cujos filhos eram assistidos em uma UTIN, Heermann, Wilson e Wilhelm (2005) verificaram alguns comportamentos das mães durante o período de internação de seus filhos e que refletem como se adaptam a esse novo ambiente e à condição dos filhos. Dentre eles, a dificuldade em voltar a atenção para os bebês, focando-se nos equipamentos utilizados, no trabalho e na linguagem utilizada pela equipe ou com a sua atenção oscilando entre o que ocorria à sua volta e os bebês. Outro comportamento descrito pelas autoras é que, após se familiarizarem com o cotidiano da unidade, assumem um papel mais ativo no cuidado dos filhos, seja realizando ações como alimentação, banho, posicionamento, ou mantendo um olhar vigilante sobre o trabalho dos profissionais com o objetivo de manter a segurança de seus filhos.

Nas duas situações descritas a partir da observação de campo, as mães já tinham um tempo de convivência na Unidade e, em ambas as situações de observação, os olhares das mães sobre os equipamentos e o que acontecia à sua

volta não pareceram ser de curiosidade ou estranhamento. As mães pareciam saber o que ocorria e acompanhavam como a situação seria resolvida.

Permanece o usuário na Unidade, sem um período de tempo previamente estabelecido, sem tarefas a serem cumpridas, sem uma definição acerca do que observar, sem algum tipo de comprometimento com os membros da equipe, mas certamente atento àquilo que, em sua concepção, pode causar dano a seu filho ou favorecer para que seja atendido em sua integralidade. Essas são algumas das condições que lhe dão um lugar de observação constante na unidade, o que não acontece com grande parte dos profissionais da saúde dadas as inúmeras finalidades da sua presença. Esses vários aspectos contribuem para tornar esse usuário no que estamos chamando de um *observador privilegiado*.

Foi nesse entendimento que se construiu esta sub-categoria que emergiu de olhares de *observadores privilegiados*. Olhares meticolosos e sensíveis no plano da empiria que, mergulhados no cotidiano da unidade, permitiram evidenciar a tessitura do trabalho que aí se desenvolve.

Girassol (U-49) expressa que um dos aspectos que dificulta o entendimento dos usuários acerca da organização do trabalho na Unidade é a dificuldade em identificar o que de fato pode ser feito pelos profissionais. Girassol (U-49) utiliza, em seu exemplo, de suposições como as possíveis orientações dadas pela chefia, a divisão do trabalho entre as técnicas de enfermagem quanto às crianças que cada uma delas deverá assistir e sua colaboração no cuidado com outras crianças. Isso é o que lhe parece ser definidor do que cada profissional pode fazer.

No cenário do estudo, no que se refere à organização do trabalho dos técnicos de enfermagem, é utilizada como um dos instrumentos, a escala de

trabalho mensal na qual os leitos destinados ao recém-nascido são distribuídos entre as técnicas. Essa escala serve para definir aquela que será a cuidadora de referência do neonato e, portanto, a que desenvolverá quase a totalidade das ações de competência do profissional técnico de enfermagem, demandadas pelo bebê. Isso não deveria demarcar os limites de atuação desses profissionais mas conferir um arranjo à distribuição do seu trabalho.

Permanecem quatro ou cinco técnicas de enfermagem por unidade, assistindo em média, três neonatos cada uma, variação que ocorre de acordo com o número de bebês internados. Em minha vivência no cotidiano da unidade, verifico que, em algumas circunstâncias, não passíveis de ser contingenciadas pela equipe, como nos aumentos de demanda por internação ou absenteísmo dessas profissionais sem que se conseguisse fazer a cobertura, há acréscimos nessa proporção, chegando uma técnica a assistir quatro neonatos. Segundo as normas da instituição, cenário do estudo, comumente as técnicas de enfermagem devem se ausentar do setor nos horários de alimentação e repouso, o que é feito com a saída de até duas por vez, ficando o seu trabalho, durante esses períodos, sob responsabilidade das que permanecem na unidade.

Girassol (U-49) traz para os participantes da oficina algumas dúvidas que tem quanto a esses arranjos como, por exemplo, se há alguma orientação da chefia que impede as técnicas de enfermagem de auxiliar no cuidado do recém-nascido que está sob a responsabilidade de outra técnica ou se isso é permitido em alguns horários ao afirmar que *“tem horário que pode, o horário de almoço, se elas estão ali elas podem, uma tomar conta do da outra”* (Girassol, U-49).

Expressa ainda uma preocupação referente às técnicas, nos momentos de ajuda, tocarem diferentes recém-nascidos principalmente nos casos de neonatos

“que tem um certo tipo de bactéria” e se ela for lavar a mão para olhar o bebê e não o fizer bem feito, ela pode passar *“uma outra bactéria para o bebê”* (Girassol, U-43). A partir do discurso de Girassol, a cooperação entre a equipe poderia acarretar a violação de uma orientação quanto à distribuição do trabalho ou um risco aumentado de infecção para o recém-nascido. Para Girassol (U-45), mesmo mediante a disponibilidade dos profissionais em cooperarem, se o trabalho não for bem feito e puder acarretar riscos para o recém-nascido, é preferível que ele não ocorra.

Os pais e a equipe são orientados acerca de alguns cuidados para prevenir a transmissão de infecções como a importância de realizar a lavagem de mãos antes e após tocar cada bebê ou os materiais e instrumentos que estejam sendo utilizados por eles. Girassol (U-43) utiliza-se desse conhecimento adquirido durante a sua vivência na unidade para diferenciar que condições justificam a sua transgressão. Então, ele identifica algumas situações que incorrem em risco iminente de vida para os bebês, e que alguns cuidados rotineiros como a lavagem de mãos não são realizados mas, mediante a urgência da situação, isso é por ele compreensível. Para exemplificar, Girassol (U-47) relata um momento em que uma profissional, mesmo sem lavar as mãos, segura um recém-nascido prestes a cair do berço e outro acontecimento que presenciou na unidade

“No dia que uma mangueira soltou e a saturação do menino começou a cair, ninguém preocupou em lavar a mão não! Na hora que foi caindo e que foi aquela confusão, a menina meteu a mão naquela gaveta e arrebentou... arrebentou aquele selo que tem na gaveta pra não violar... arrebentou e foi todo mundo em cima”

Entretanto Girassol (U-47) não concorda com situações na qual a técnica de enfermagem que está com um recém nascido por um *“negocinho à toa”*, coloca a mão em outro ou aquela que se recusa a entregar uma máscara para uma mãe por

não ser ela a responsável pelo cuidado de seu bebê e ainda, uma técnica que, por ter acabado o seu horário de trabalho, se recusa a oferecer a dieta para o recém-nascido, e espera até que chegue a profissional que assumirá o plantão.

Essas situações descritas por Girassol (U-43,45,47 e 49) nos mostram que, apesar de não ser informado acerca de como é organizado o trabalho na unidade, ele tem uma idéia sobre alguns aspectos básicos que deveriam ser utilizados para orientá-lo, como uma avaliação constante de riscos e a cooperação.

Evidencia-se ainda que, mesmo sendo as profissionais por ele mencionadas até o momento, de uma mesma categoria profissional, submetidas a uma mesma organização do processo de trabalho, mediante uma aproximação desse cotidiano pode-se reconhecer a singularidade das relações e as diferentes regras que aí vigoram.

Girassol, um observador privilegiado, expressa uma micropolítica do trabalho, praticamente invisível a um observador menos atento, apontando questões que devem ser consideradas no cenário do estudo e que se constituem em insumos importantes a serem utilizados pelos profissionais por explicitarem a imprevisibilidade do trabalho em saúde e os modos como é planejado-replanejado, exigindo uma contínua reorientação das ações dos trabalhadores.

No que se refere à imprevisibilidade do trabalho em saúde, Girassol contribui para reafirmar que, na maioria das vezes, não é passível de normalização. E como defende Merhy (1999, p.309) *“um processo de produção sempre a operar em alto grau de incerteza”*, e que se produz no encontro entre o profissional de saúde e o usuário no ato do trabalho, num encontro em que ambos estão munidos por suas crenças, valores e concepções. Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005) reforçam a idéia das relações entre as pessoas como estruturantes do trabalho em

saúde e acrescentam que a presença do usuário nessa relação lhe confere maior variabilidade e imprevisto, aumentando as exigências sobre o trabalhador e as necessidades de tomada de decisão na produção de *atos de saúde*.

Os dados permitem evidenciar como os profissionais se colocam frente aos imprevistos, adaptando técnicas e padronizações, com referência em seus valores e necessidades. Permitem ainda reconhecer modos de os profissionais se articularem expressando acordos estabelecidos entre eles e que estão para além das normas e escalas formais de trabalho, criando microespaços de negociação e de decisão. No que se refere às negociações cotidianas, Lacaz e Sato (2006, p.124) acreditam que elas *“levam em conta dois níveis de realidade: o da finalidade das organizações e o das necessidades sentidas de conforto, segurança e saúde dos trabalhadores em saúde”*.

Merhy (1999, 2002) advoga que os serviços de saúde são o palco da ação de atores, que têm intencionalidade em suas ações e disputam o sentido do trabalho. Em sua atuação, é feita uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. Para o autor, o cotidiano do trabalho teria as dimensões das normas e papéis institucionais e as das práticas privadas de cada trabalhador.

A análise dos dados permite-nos inferir que os trabalhadores têm buscado formas de exercer seu auto-governo¹⁴ quanto à organização do trabalho definida pelo corpo gerencial, buscando uma melhoria na sintonia entre eles e as circunstâncias de trabalho e ainda a existência de um distanciamento entre o planejamento e a execução das ações. Evidencia-se a necessidade de se voltar cuidadosamente para esses aspectos buscando construir uma outra realidade posto

¹⁴ Compreendido como o ato ou efeito de os próprios trabalhadores se governarem

que a atual tem apontado claros limites ao atendimento das necessidades dos trabalhadores e também dos recém-nascidos e de suas famílias. A manutenção desse contexto poderá incorrer no comprometimento da atenção integral e na insatisfação dos trabalhadores. Acreditamos que um caminho possível seria uma reflexão sobre o cotidiano do trabalho onde a negociação das “*situações problemáticas*”¹⁵ sejam um dispositivo

Sato (2002) considera que a diferença de interesses é o ponto de partida para os processos de negociação pois, em não havendo conflito não há motivo para negociar. Para a autora, o processo de negociação, em sua dimensão simbólica, seria dinamizado pelos processos de *com-fusão* de interesses e de *deslocamento* de papéis. O primeiro processo refere-se a acontecimentos que simultaneamente podem ser problemáticos para a gerência, trabalhadores, e consumidores; pode separar interesses que deveriam estar juntos (como os dos trabalhadores) e fundir interesses que deveriam estar separados (como os dos trabalhadores e os da gerência). O processo de *deslocamento* permite que as pessoas se aproximem do lugar ocupado por outras e vislumbre interesses diferentes e opostos aos que possuíam anteriormente.

Diante do exposto, acreditamos nessa proposta como favorecedora de decisões compartilhadas entre trabalhadores, gestores e usuários que, ao identificarem no plano coletivo uma situação problemática, buscam superá-la antecipando-se às possíveis dificuldades, identificando possibilidades quando se *deslocam* para o lugar de outros atores e, ainda, explicitando e reconhecendo a *com-fusão* de interesses entre os atores. Valeria acrescentar nosso entendimento da

¹⁵ “*situações previstas ou não que devem ser resolvidas, pois implicam problemas. Devem ser resolvidas porque afetam interesses de alguma ordem ou de alguém.*” (Sato, 2002, p.1151).

provisoriedade dos consensos por serem instauradores de novos conflitos que, por sua vez, dinamizam outros movimentos.

Nessa lógica, os executores das ações, aqui entendidos como os profissionais que prestam assistência direta ao neonato, são interlocutores importantes para facilitar o processo de planejamento/replanejamento do trabalho podendo potencializar e ampliar as mudanças em sua organização com vistas a atender às necessidades dos profissionais, dos recém-nascidos e das famílias.

Campos (1998) contribui com essa discussão ao defender a necessidade de aprender com aquele que é submetido à crítica, não havendo sabedoria sem a dialética da aproximação e do distanciamento dos objetos, fenômenos ou sujeitos com os quais interagimos. E sugere que o gerenciamento seja feito por discussão, negociação, explicitação de diferenças, seguidas de sínteses a serem operadas pelos trabalhadores.

Reconhecemos a negociação cotidiana como possível, mas com limites a seu alcance podendo não conduzir a mudanças significativas. Portanto, não se trata de dar como resolvido o problema da organização do processo de trabalho a partir de uma forma de planejar e replanejar o fazer, mas de ver as possibilidades que as negociações cotidianas indicam para a construção de uma atenção integral ao recém-nascido e a sua família.

Apreende-se dos discursos que as decisões dos profissionais são tomadas no espaço de suas práticas privadas e, muitas vezes, a sua lógica não é entendida ou acompanhada pela do usuário. Isso pode ser destacado de um fato relatado por Gardênia (U-26 e 27) quando da morte de um recém-nascido na unidade. Gardênia (U-26,27) conta que a mesma técnica de enfermagem que cuidava de sua filha, cuidava também de outro recém nascido que veio a falecer. No

momento do óbito, a profissional oferecia leite para sua filha e fez opção por terminar de oferecer o leite para depois ir auxiliar a colega de trabalho no preparo do corpo e retirada do leito. Gardênia diz que, em uma situação como essa, ela mesma não saberia que atitude tomar e questiona *“qual seria o mais importante agora, o que estava morto ou o que está vivo aqui? Não porque é minha filha que estava ali, mas ela teve que fazer uma escolha. Para quem está vendo de fora parece pouco caso”*.

Se olharmos essa situação sob a ótica de uma seleção das prioridades de assistência privilegiando aquelas que conferem maior risco para o recém-nascido ou de um conjunto de tarefas que compõem a rotina assistencial e que devem ser cumpridas, a decisão da profissional pode ter parecido óbvia. Entretanto não é tão simples, se consideramos a subjetivação evidenciada na perspectiva do olhar de Gardênia (U-26,27) que não via ali um trabalho a ser feito mas um corpo de uma criança, como a sua, que ainda precisava de cuidados. Não se trata aqui de desconsiderar a subjetividade da profissional em questão, mesmo que ela não tenha sido expressa de alguma forma nesse discurso, mas evidencia-se que, nesse caso específico, predominou a manutenção da rotina de trabalho, ainda que diante de um óbito. Talvez o que tenha favorecido a manutenção da rotina tenha sido a cooperação de outros profissionais que, conforme o relato de Gardênia (U-26,27), deram continuidade à assistência a esse recém nascido.

Em situações como a descrita por Amor-Perfeito (U-42) fica evidente o interesse dos profissionais em fazer valer a rotina administrativa quanto a seu horário de trabalho mesmo que isso possa comprometer a assistência ao neonato, como pode ser evidenciado ao relatar uma situação na qual a dieta de sua criança já estava atrasada e, preocupada com as conseqüências, ela pediu à técnica de enfermagem que a administrasse. Como estava próximo da passagem de plantão, a

técnica respondeu-lhe que *“já era pra eu estar na minha casa, vocês têm que pedir outra pessoa que vai assumir”*. Mediante essa situação, Amor-Perfeito (U-42) afirma que, em seu entendimento, competia à profissional dar continuidade ao trabalho uma vez que ela ainda se encontrava na unidade e não havia transmitido o plantão a outra pessoa.

O lugar de observação de Amor-Perfeito (U-42), além de privilegiado, é o de quem tem interesse em um cuidado que se concretize por boas práticas de saúde e os encargos de sua não-realização recaem sobre quem lhe parece tê-lo deixado por fazer. Por sua vez, a técnica de enfermagem expressa a sua necessidade e seu direito de poder ir para casa após um dia de trabalho. Pode-se evidenciar que o conflito instalado está para além do apresentado pela interatuação dos interesses de Amor-Perfeito/recém-nascido e da técnica de enfermagem. Constata-se conflito entre a gestão do cuidado e a assistência a ser prestada pela profissional que, operando sob a lógica das tecnologias *duras* e *leve-duras*, não dá conta da imprevisibilidade inerente ao trabalho em saúde.

O que se observa é que, mesmo o trabalho em saúde exigindo outras formas de organização, ainda prevalecem aquelas centradas na preocupação com manuais de procedimentos, rotinas e normas dentre outros e o desempenho da equipe acaba sendo avaliado por sua capacidade em realizar todos os procedimentos, em outras palavras, a quantidade de procedimentos realizados (KURGANT, 1991). Isso pode acarretar um parcelamento do trabalho com a fragmentação da assistência, o que se opõe à construção da integralidade.

A ausência de dispositivos que criem condições favoráveis à resolução de problemas como o relatado por Amor-Perfeito (U-42) pode levar à diluição de responsabilidades e à omissão diante do desconhecido ou do imprevisto.

A partir do discurso dos usuários foi possível identificar algumas situações nas quais as ações aparentemente poderiam ser desenvolvidas por qualquer profissional presente e, no entanto, como expresso por Gardênia (U-52) parecia que algumas “regras” demarcavam “*o que um pode fazer e o outro não*”. E utiliza-se da entrega do leite na UTIN para ser colocado no congelador para doação como um exemplo. Segundo Gardênia (U-52), às vezes chegava na unidade com o leite para doar, a técnica de enfermagem escalada para o cuidado de seu bebê estava ocupada e outros profissionais como uma fisioterapeuta e uma enfermeira que estavam por ali fazendo alguma coisa, ao serem abordados por ela para guardarem o leite diziam: “*Ah! Não é comigo não, é com uma das meninas [Técnicas de enfermagem]*”. Mediante esse acontecimento, Gardênia (U-53) faz algumas considerações acerca do trabalho da equipe

“Porque não podem [outros profissionais além das técnicas de enfermagem] ir lá na geladeira olhar meu nome, colocar o leite... [...] às vezes a técnica tá ocupada dando banho no neném, aí o leite fica lá esperando elas terminar para colocar na geladeira, ou então parar o que elas estão fazendo para colocar, porque as enfermeiras, as médicas, elas não pegam de jeito nenhum. Agora a gente fica sem saber se pode, se não pode pegar...”

Girassol (U-54), buscando compreender o raciocínio que orientou as decisões dos profissionais nos dois últimos relatos acerca da escolha de não administrar a dieta no final do plantão e de enfermeiros e fisioterapeutas não receberem o leite ordenhado chega à conclusão de que, na primeira situação, deve ter alguma norma que orienta o profissional, entretanto, “*qualquer um poderia pegar o leite e colocar na geladeira*”.

Se o discurso de Gardênia (U-53) é revelador de ações que, sob o seu entendimento, poderiam ser realizadas por qualquer profissional, Jasmim (U-57) explicita, em sua fala, cuidados específicos de cada profissional

“A gente fala dos pediatras, dos fisioterapeutas, mas quem tem contato com os bebês mesmo são os técnicos. A gente chega lá e são eles que trocam a fralda, olham... tipo assim, a questão da saturação, do tubo, esses negócio assim...então quando acontece alguma coisa que a saturação ta caindo, aí que eles chamam a fisioterapeuta, porque tirando disso, só quando o bebê ta no tubo que elas passa pra ta aspirando [...] E a pediatra que passa na parte da manhã, e na parte da tarde, que faz a revisão, vê se a barriguinha ta inchada, se ta urinando, se ta com fezes. Então não tem aquele contato assim... e se tiver acontecendo alguma coisa eles chegam e falam: olha está acontecendo isso com o seu bebê. [...] quem tem contato mesmo são as técnicas de enfermagem.”

Os discursos de Girassol, Jasmim e Gardênia evidenciam potenciais de intervenção dos profissionais, marcados pela relação entre o que Merhy (2002) denomina de *núcleo específico por problema*, *núcleo profissional específico* e a *dimensão cuidadora* que qualquer profissional de saúde detém. Para o autor, o *núcleo específico por problema* diz respeito a um saber muito específico acerca do que vai enfrentar, territorializado em seu campo profissional de ação, territorialização essa que caracteriza o *núcleo profissional específico*; este, por sua vez, é recoberto por um território que marca a *dimensão cuidadora* sobre qualquer tipo de ação profissional.

Com base nessas definições, o que se apreende das falas é uma dimensão cuidadora subsumida nos *núcleos profissionais específicos*, empobrecida por esse modo de operar a produção do cuidado. Esses achados reforçam a percepção de Merhy (2002) acerca do que ocorre atualmente nos serviços de saúde

onde o modelo assistencial¹⁶ é organizado a partir de problemas específicos tornando a dimensão cuidadora irrelevante e complementar. As consequências dessa forma de organização também depreendem dos discursos ao revelarem atuações dos profissionais da equipe de saúde contidos na lógica dominante do modelo biomédico que tem sua centralidade nos *núcleos específicos por problemas e por profissional*.

Outro aspecto evidenciado pelos discursos é que, na ausência de uma especificidade do trabalho, ele é atribuído às técnicas de enfermagem como no caso da entrega do leite para ser colocado na geladeira conferindo uma aparência de menor valor a essa ação. Essa assertiva vai ao encontro dos achados de Peduzzi (2001) no tocante à divisão do trabalho em saúde. A autora reconhece que o trabalho dos profissionais deriva da prática médica, configurando-se trabalhos diferentes tecnicamente e desiguais quanto à sua valorização social. Para a autora

As diferenças técnicas dizem respeito às especializações dos saberes e das intervenções entre as variadas áreas profissionais. As desigualdades referem-se à existência de valores e normas sociais, hierarquizando e disciplinando as diferenças técnicas entre as profissões. [...] Isto significa que algumas profissões são 'superiores' a outras, e que há relações hierárquicas de subordinação entre os profissionais. [...] Portanto, as diferenças técnicas transmutam-se em desigualdades sociais entre os agentes de trabalho.

Peduzzi (2001, p.107)

Assim, ao delegarem ações que não são do *núcleo profissional específico*, configurando-se portanto, como da *dimensão cuidadora*, às técnicas de enfermagem, ressaltam as diferenças e desigualdades entre as áreas e entre os trabalhadores reforçando as relações de subordinação aí existentes.

Sabendo-se que as diferentes formações e responsabilidades incorrem em profissionais com fazeres distintos, necessários e complementares para o

¹⁶ As formas de organização da produção de serviços a partir de um arranjo de saberes da área. (CAMPOS, 1992; MERHY, 1991).

atendimento às necessidades de saúde dos recém-nascidos, para o atendimento a esse objetivo acreditamos na importância da especificidade do fazer de cada profissional que compõe a equipe de saúde, mas com o enriquecimento da *dimensão cuidadora*, visto que é nessa dimensão que atuam os processos relacionais do campo das tecnologias *leves* (MERHY, 2002), e que poderiam operar oferecendo maiores possibilidades de interação, amainando as relações de subordinação.

Cecílio (1999) acredita que a adoção de formas de gestão mais democráticas e participativas requer ‘mexer em esquemas de poder’ envolvendo diversos trabalhadores e ainda demanda negociações com diversos segmentos para que se concretizem.

É interessante que, se analisamos as repercussões diretas para o recém-nascido a partir dos relatos de Gardênia (U-53) e Jasmim (U-57), provavelmente o atraso na administração da dieta seria o de maior relevância visto que no entendimento da mãe, era um indicativo de que o cuidado não era realizado como deveria. A tarefa de guardar o leite, mesmo sendo transferida, ao que tudo indica, seria cumprida em curto espaço de tempo por outro profissional. Assim, depreende-se da conclusão de Girassol (U-54) que, frente ao entendimento das conseqüências que o atraso da dieta poderia ter para o bebê, somente a existência de uma norma poderia impedir a profissional de dar continuidade aos cuidados. Deve-se considerar que um atraso na dieta não necessariamente incorre em danos ao recém-nascido contudo a mãe se apóia nas informações e observações de que existem rotinas a serem cumpridas e na importância de seu leite para a melhora do filho.

O conjunto dos discursos permite evidenciar a necessidade de reflexão dos profissionais executores e da gestão acerca do processo de trabalho no cenário

de estudo e reforça a importância de aproximação entre eles. Penso que uma ação reflexiva dos trabalhadores sobre seu fazer, evidenciando circunstâncias que implicam em problema de alguma ordem, trazendo-o para o consciente dos trabalhadores, deve considerar-se sob a perspectiva de mudança.

Campos (1997, p. 235) reforça aspectos importantes a serem observados no empenho de modificar o trabalho em saúde afirmando que

é necessário reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho. [...] voltar a valorizar o orgulho profissional. É necessário que as instituições procurem mecanismos que favoreçam o envolvimento dos trabalhadores para efetuar as mudanças. [...] tornar a reinvenção uma possibilidade cotidiana e garantir a participação da maioria nesses processo são as maneiras de implicar trabalhadores com as instituições e os pacientes.

5.2.2 O trabalho em equipe na construção da integralidade

Os discursos dos participantes das oficinas expressam as diferentes percepções acerca do trabalho realizado pela equipe. Fica evidente como a lógica da organização do processo de trabalho naquela Unidade inscreve o fazer do coletivo de trabalhadores manifestando sua íntima relação com o trabalho em equipe. Frente a isso, os usuários manifestaram a percepção de um trabalho em equipe muitas vezes mingüado pela falta de atuação conjunta dos profissionais, normatizado e pouco integrado desafiando a efetivação de práticas de integralidade.

Papoula (U-55) expõe uma situação por ela vivenciada na qual uma técnica de enfermagem, que cuidava também de sua filha, precisou prestar assistência a mais uma criança além do número habitual. Segundo Papoula (U-55), nesse dia, a profissional não almoçou e quando foi tomar o café já passava das três horas da tarde. Vendo o seu aperto e, prevendo que os cuidados com a sua filha

ficassem comprometidos, Papoula (U-55) disse que permaneceu na Unidade realizando os cuidados que eram possíveis como troca de fralda e oferecimento de dieta, para prestar auxílio a profissional. Segundo a mãe, havia, na Unidade, outras trabalhadoras que poderiam ajudar mas ninguém o fez.

A percepção da carência de um trabalho mais colaborativo é também apresentada por Bouganville (U-41) ao afirmar que, mesmo diante de uma distribuição dos profissionais de acordo com os leitos, se o trabalho é desenvolvido por uma equipe, se houver necessidade, qualquer profissional poderá assistir o recém-nascido, mesmo não sendo sua escala, o que nem sempre é visto pela informante.

Esses discursos nos apontam fragilidades no trabalho em equipe que, de alguma forma, traduzem os limites apresentados por sua organização, podendo acarretar comprometimento de seu resultado e da qualidade da assistência. Nessa situação, algo que deveria ser visto pela equipe como fator de integração entre os profissionais como, por exemplo, a escala de leitos, é determinante para cercear a colaboração entre os mesmos. A construção de um atendimento com sentidos de integralidade exige mudanças na organização da gestão e do trabalho. É incongruente com profissionais que aceitem o determinismo das estruturas, requer atores que se reafirmem como capazes de pensar estratégias e de dar sentido a seu fazer na tentativa de acompanhar a dinamicidade e a intensidade dos acontecimentos do espaço assistencial.

Matos e Pires (2006) concordam com essa análise ao afirmarem que as discussões acerca da organização do trabalho ainda têm focado muito a produtividade e a eficiência da organização, ficando o trabalhador para um segundo

plano. As autoras acreditam em modelos mais participativos como uma estratégia que alie produtividade e participação do trabalhador.

O discurso de Jasmim (U-60) exhibe a diferença do trabalho, quando realizado por um conjunto de profissionais ao descrever como se deram os cuidados com um recém-nascido que havia falecido. Segundo Jasmim (U-60) *“foi coisa rápida mesmo. Quase ninguém viu. [...] Ele morreu eu acho que foi 9:57, eram umas 10:30 e eles já tinham tirado tudo. [...] foi rapidinho mesmo. Eu vi nesse dia”*. O bom resultado do trabalho em equipe é também descrito por Flor-de-Liz (U-59) ao falar de como seu bebê é cuidado pelos profissionais e da colaboração que ela percebe entre as técnicas de enfermagem quando alguma se encontra mais ocupada.

Momentos como esse também foram constatados na observação de campo como na realização de uma entubação endotraqueal

“Um bebê recém admitido acabara de ser avaliado e definiu-se pela entubação. O carrinho de parada foi posicionado, assim como os profissionais – Fisioterapeuta, Acadêmica de Fisioterapia, Enfermeira, Técnica de Enfermagem e a Pediatra. Todos aguardam a sedação e se mostram atentos ao bebê. Tão logo percebem que não reage mais ao toque é feita a entubação. O procedimento é rápido. Observa-se uma sintonia entre a equipe durante o procedimento”.

Diário de Campo (04/09/2006, p. 51)

Se foi possível identificar com clareza, no discurso dos usuários, os limites que estes percebem na realização do trabalho em equipe, o mesmo não foi evidenciado na fala dos profissionais.

Água Marinha (P-1) utilizou uma colagem para apresentar como vê o trabalho da equipe. As mãos se referem a uma equipe multidisciplinar que, em sua percepção, trabalha de forma *“inter e transdisciplinar”* tendo como foco o recém-nascido.



Essa diferença entre a percepção dos usuários e profissionais permite reconhecer que os profissionais idealizam o trabalho em equipe.

Água Marinha (P-1) construiu o seu discurso utilizando-se de termos importantes nos quais se sustentam as práticas e a organização da produção em saúde. Abordaremos esses conceitos de *multi*, *inter* e *transdisciplinaridade*, conforme trabalhado por Almeida Filho (1997). A *multidisciplinaridade* é entendida como o conjunto de disciplinas que tratam simultaneamente de uma dada questão, sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si relações efetivas no campo técnico ou científico. A *interdisciplinaridade* exigiria a identificação de um problema comum, levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e um programa de trabalho conjunto. E a *transdisciplinaridade* que seria a criação de um campo teórico ou disciplinar mais amplo, no qual circulariam os sujeitos dos discursos, interagindo entre si e construindo na prática científica cotidiana.

Um coletivo de trabalhadores atuando de maneira *transdisciplinar* implicaria em dissolução das fronteiras entre os seus *núcleos específicos de saber*, e mesmo não sendo a percepção de Água Marinha (P-1), o que se mostrou a partir dos discursos dos usuários foi uma dificuldade em transpor os limites rígidos de

cada profissão, sem concessões para a atuação do outro, legitimando os espaços de intervenção de cada profissional.

Sabendo-se da ineficiência da lógica de organização do trabalho sustentada na fisiopatologia para uma atenção integradora, a atuação da equipe, *inter e transdisciplinar*, percebida por Água Marinha (P-1) seria a que melhor daria conta de uma assistência que tenha “*como foco o recém-nascido*”. No limite da restauração biológica, não há como negar os consideráveis sucessos da organização orientada na fisiopatologia. Entretanto, ao tomarmos outras dimensões do processo de padecimento, impõe-se a necessidade de um diálogo entre os sujeitos, rompendo as fronteiras de suas disciplinas para uma construção solidária do cuidado.

Sena-Chompré (1998) assume que um trabalho com enfoque *interdisciplinar* e organização *multiprofissional* rompe com dicotomias retrógradas como pensar-fazer e saúde-doença. Para a autora, a organização do trabalho na perspectiva da multiprofissionalidade “*valoriza a especificidade de cada um dos profissionais ao mesmo tempo que impõe a busca da unidade sobre a qual se propõe trabalhar.*” (Chompré-Sena, 1998, p.115).

Para Ametista (P-19), diferentemente de outros hospitais, aqui as coisas acontecem muito rápido porque a equipe toda está pensando a mesma coisa. Reconhece que pode haver falhas na assistência à família, mas não ao recém-nascido, pois todos os profissionais agem no mesmo sentido. Acrescenta que o trabalho em equipe é o que potencializa as ações individuais suprimindo as limitações de cada profissional o que pode ser evidenciado ao afirmar que às vezes o quadro de saúde do recém-nascido está piorando e ela tem a sensação de que não está resolvendo nada, “*mas tem uma equipe que dá conta*”. (Ametista, P-22)

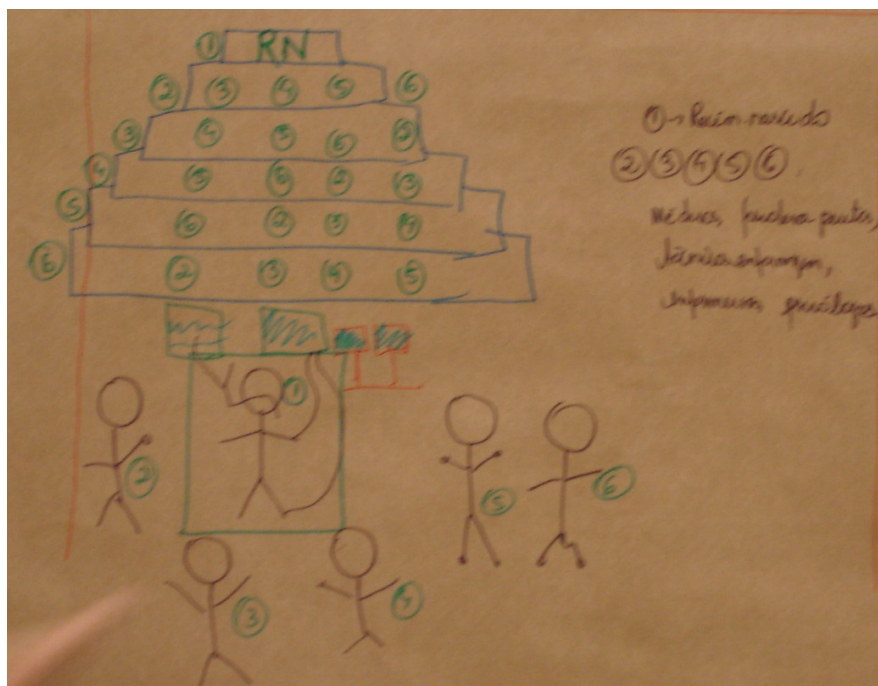
Peduzzi (2001) define como forma de trabalho em equipe a equipe agrupamento e a equipe integração. A primeira modalidade é caracterizada pela fragmentação, com agrupamento dos trabalhadores e justaposição das ações ao passo que, na segunda, tem-se uma articulação coerente com a proposta da integralidade das ações, com a articulação das ações e a interação dos trabalhadores.

Gomes, Guizardi e Pinheiro (2005, p.114) ao discutir modos de desfragmentação das equipes defende que

múltiplos saberes e práticas, de diferentes processos de trabalho numa mesma equipe, aponta para a prática da integralidade quando não se restringe às atuações individuais ou pontuais dos profissionais. [...] a ação em concerto – baseada no respeito e na reafirmação cotidiana das diferenças e especificidades da diversidade de saberes e práticas e na atuação de cada profissional vinculada aos objetivos da equipe – é fundamental para que a integralidade da equipe se mantenha. Isto porque a homogeneização despotencializa a ação da equipe e o seu trabalho não se restringe nem se encerra no fazer de nenhum profissional especificamente.

Apesar de Ametista (P-19, 21) reconhecer uma atuação integrada da equipe, o que os discursos dos usuários evidenciaram foi a dissociação de tarefas entre as profissões, a ausência de um projeto assistencial comum e o reforço às diferenças técnicas com acentuação das desigualdades valorativas dos mesmos.

Um diálogo estabelecido entre Esmeralda (P-8), Turmalina (P-8) e Ágata (P-6,9) iniciado a partir de um desenho feito por esta última no qual retratou como percebia a assistência prestada ao recém-nascido no cenário de estudo evidenciou a percepção das mesmas acerca da composição da equipe que assiste o recém-nascido. O diálogo foi iniciado a partir da explicação de Ágata (P-6) acerca do desenho que ela mesma realizou



“Ágata - Isso aqui é uma pirâmide e igual à Água Marinha falou, lá em cima, no topo é o recém nascido. E depois porque que tem esses números 2, 3, 4, 5; 3, 4, 5? Não interessa, é uma equipe, ora um tá mais em destaque, ora outro. Não tem um mais importante. O recém nascido em primeiro lugar, depois a equipe. O que me chamou a atenção foi que a Esmeralda falou, ‘cadê os pais, cadê a mãe?’ Eu não pus a mãe aqui! Eu sei que a mãe é importante, que o pai é importante, que a Terapia Ocupacional é importante, que tá diretamente ligado com os pais, né, que faz um trabalho com os pais, né, eu sei disso, mas isso não está muito... o fato de você estar sempre preocupado com as coisas para fazer, você esquece”.

“Esmeralda – Você [Ágata] falou assim ‘eu não vejo vocês lá dentro não [...]’! E cadê a mãe? Quem é que tá com a mãe?”.

Turmalina – É isso mesmo, porque o grupo que está ali com a mãe é uma coisa muito nova...

Ágata – Exatamente! Quem é que está com a mãe? É o que eu fiquei pensando [...]. Tá faltando eu escrever o mais importante. A gente fica tão preocupada em dar assistência para o recém-nascido...” (Esmeralda P-8 e Ágata P-9)

Esse diálogo revela que, em um primeiro momento, os profissionais que Ágata (P-6) considerou como participantes da equipe que assiste o recém-nascido, foram aqueles que lhe prestavam cuidados diretos, não sendo incluídos os

profissionais que realizam a maior gama de suas ações junto à mãe e os familiares. Vale ressaltar que essas ações raramente são realizadas na UTIN, abrigando-se em outros espaços da instituição.

Ágata (P-6) também traz uma idéia trabalhada por Gomes, Guizardi e Pinheiro (2005) quanto à atuação da equipe. Para os autores, todos os profissionais precisam participar do trabalho; contudo, em alguns momentos, uns se sobressairão mais que os outros.

Fica manifesto no discurso de Esmeralda (P-85) como o espaço físico de atuação do profissional acaba por interferir na forma como percebe a assistência que é prestada na unidade. Para ela quem está *“muito dentro da UTI tem uma visão e quem está fora [...], não está ali dentro, daquele fazer [...] é um olhar diferente...um mundo de dentro e um de fora.”*

Deve-se ressaltar que as profissionais do *“mundo de fora”* são as terapeutas ocupacionais, psicólogas e assistentes sociais que, talvez por não estarem dentro da unidade assistencial e por sua formação profissional, conseguem vislumbrar outras realidades. Não têm seus *núcleos específicos* de saber circunscritos pela doença do recém-nascido mas por suas implicações sociais e psicológicas; podem conferir um outro matiz para o *“mundo de dentro”*. O reconhecimento das possibilidades do trabalho desses profissionais tem fortalecido a decisão institucional de incorporá-los de maneira crescente ao cotidiano da assistência.

A atenção ao recém-nascido e a sua família é o ponto comum e novo ao conjunto de profissionais que, direta ou indiretamente, o assistem, com suas práticas e lógicas de organização tão diversas. A consciência dos profissionais quanto às diferentes práticas e saberes e a importância dessas diferenças, mas com

interseções nas quais possam ser construídas propostas assistenciais consensuadas, reforçam a idéia de que o que garante o trabalho em equipe não é somente o saber, mas como esse saber é colocado a serviço do trabalho. Deve expressar a relação entre o pensar, o fazer e o ser no *trabalho vivo em ato*.

5.2.3 Expressões do *trabalho vivo*: atos cuidadores viabilizados

O discurso dos participantes permite evidenciar os elementos que compõem a assistência oferecida ao recém nascido e a sua família ao apresentarem como se dão as práticas e como os seus resultados aparecem. Ao manifestarem suas percepções, os informantes desvelam a realidade de um espaço assistencial do qual fazem parte profissionais capacitados, estratégias que diferenciam a assistência e as práticas que precisam ser examinadas pela equipe.

Na construção dessa subcategoria, utilizamos a produção de Merhy (1997) quanto ao processo de trabalho em saúde, onde conceitua o *trabalho morto* e o *vivo*. O primeiro refere-se aos processos instituídos e estruturados que compõem o trabalho e o segundo representa o trabalho criador, o trabalho em ato na produção da saúde e que, para o autor tem, como uma de suas principais marcas, o autogoverno dos trabalhadores e das demais forças instituintes, entre elas o próprio usuário portador de necessidades. Nessa perspectiva, o *trabalho vivo em ato* se dá no encontro entre o profissional e o usuário onde se interpõem a aptidão para a escuta e a disponibilidade do primeiro e as necessidades e expectativas do segundo.

Dessa maneira, olhamos para as relações estabelecidas entre a família, os profissionais e os recém nascidos e para as ações e saberes produzidos nesses encontros como expressão do *trabalho vivo*.

Foi expresso pelos profissionais e pelos usuários que a equipe está capacitada para o atendimento na UTIN. Para Turqueza (P-58) há um treinamento constante dos profissionais o que pode ser também evidenciado a partir do discurso de Girassol (U-48) ao afirmar que algo às vezes assustador para os pais, basta ao profissional olhar para entender o que está acontecendo com o recém-nascido.

O discurso de Girassol (U-48) indica que o preparo dos profissionais está mais voltado para os aspectos bio-patológicos da assistência. Diz respeito aos atendimentos de urgência e à competência para identificar e resolver com rapidez as intercorrências com os neonatos. Considerando-se as competências como um conjunto dos recursos mobilizados para agir mediante as situações (PERRENOUD, 2001), o perfil, como apresentado pelos participantes, fica limitado, na medida em que não são expressas competências que se relacionem a outras dimensões do cuidado ao recém-nascido.

Por meio de seu discurso os informantes manifestam ações que são vistas por eles e que qualificam a assistência prestada na instituição como o apoio psicológico oferecido às mães e aos pais, destacado por Turqueza (P-56) e o incentivo ao aleitamento materno com orientações às mulheres e priorização do leite humano em detrimento da fórmula, conforme descrito também por Turqueza (P-57) e reforçado por Ametista (P-25).

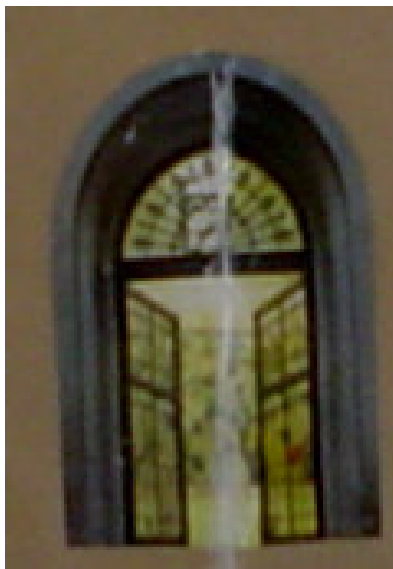
Apesar de ser recomendada como medida de humanização, a inclusão do psicólogo na equipe assistencial não é obrigatória, permitindo que as instituições não o façam. Quando a equipe vivencia situações de assistência que contam com a

participação desse profissional pode ser percebido como um diferencial como expresso por Turqueza (P-56).

As indicações no discurso de Turqueza (P-57) e Ametista (P-25) permitem reconhecer que, apesar de as profissionais expressarem a importância do aleitamento materno, isso não foi identificado pelos informantes usuários ao assinalarem a falta de disposição dos profissionais para desenvolverem as ações que promovem o aleitamento materno, se considerado como parte dessas ações, o armazenamento do leite para posterior oferecimento aos recém-nascidos. Ações que deveriam ser desenvolvidas pela equipe mas que não são tomadas pelo conjunto dos profissionais.

Azaléia (U-22) relata que em um diálogo que estabeleceu com uma pediatra, ela falou da tristeza que sente quando uma criança piora e a alegria que sente quando a criança sai da UTIN. Bouganville (U-7) expressa que as relações construídas entre profissionais e recém-nascido, bem como o cuidado oferecido, são matizados por carinho, dedicação e responsabilidade. Esses relatos nos indicam que, ao subjetivar o seu fazer, os profissionais têm oferecido uma assistência que contempla outros aspectos além dos referentes aos cuidados com o corpo biológico do neonato.

Jasmim (U-12) permite evidenciar em seu discurso que sente que ela e seu filho foram acolhidos na instituição e, mesmo não sendo de Belo Horizonte, desde que chegou aqui, sente que foi acolhida. Utiliza a figura de uma porta para retratar esse sentimento ao considerar que a porta aberta é um sinal de acolhimento.



Mesmo frente a vários aspectos relatados como positivos pelos profissionais e que qualificam a assistência prestada, eles mostram que existem falhas. Para Girassol (U-30) como todo lugar tem falhas, na unidade de assistência também tem falhas e aponta ainda a dificuldade de satisfazer o ser humano, *“ainda mais com o serviço dos outros”*

Gardênia (U-20) é mais incisiva quanto a esse aspecto e utiliza a frase *“sem desculpa para os nossos erros”* para falar que não podem ser aceitas as tentativas de profissionais e usuários não cumprirem com o que deve ser feito. Gardênia exemplifica com as tentativas do visitante que, mesmo sabendo que não deve tocar o bebê, tenta fazer isso escondido dos profissionais, ou os profissionais que, por trabalharem em outras instituições, *“chegam cansados [...] e deixam por fazer algumas coisas”*. O cansaço dos profissionais e outros problemas que eles possam ter em casa preocupam a participante por entender que favorecem os erros.

Os usuários, participantes da oficina, expressam um entendimento acerca do melhor cuidado a ser oferecido aos seus filhos, seja por perceberem seu desconforto em resposta a determinada forma de cuidar ou, por conviverem nesse ambiente, passam a partilhar muito do conhecimento aí existente. Assim, os pais

explicitam o que é melhor ou pior para seus filhos, utilizando a sua percepção e o conhecimento adquirido.

Isso se evidencia no discurso de Orquídea (U-69) que fala da *“atelectasia”* que sua filha tinha do lado direito e *“então ela não poderia ficar deitada do lado direito”* e, devido a um *“probleminha que ela tem no estômago [...] ela não fica muito bem de bruço não”*. Mas mesmo assim *“a moça colocou ela de bruço”* e assim ela passou a noite toda.

Surgiu a necessidade de buscar uma categoria que auxiliasse na análise das relações trazendo a necessidade de incorporar novos conceitos não utilizados anteriormente. Para tal, incorporamos conceitos trabalhados por Hannah Arendt, especialmente a responsabilidade e julgamento para a análise da situação vivenciada por Orquídea e a profissional de saúde, no cuidado à criança que, ao agirem configuram e reconfiguram as relações nesse espaço.

Para Arendt (2004), o julgamento é uma atividade que inclui o outro, demanda a presença do outro e, para essa ação, quanto maior for a capacidade de incluir o outro e se colocar no lugar do outro, mais alargada será a capacidade de julgar. Para a autora, isso implica em diversidade de perspectivas e no reconhecimento da alteridade.

Ao tomar conhecimento do ocorrido, Orquídea manifesta sua capacidade de julgamento, sustentada em saberes construídos no cotidiano dos cuidados de sua filha e que lhe permitem opinar sobre o que lhe parece ser melhor para ela. Orquídea julga incluindo o que conhece e o que percebe em sua filha e no agir dos profissionais.

Evidencia-se que o profissional, ao não considerar as diferentes dimensões do recém-nascido e das relações que se estabelecem no seu cuidado

para a sua tomada de decisão no julgamento e na ação, não alarga a sua capacidade de julgar trazendo implicações para o seu agir e responsabilização.

No entendimento de Arendt (2004), a responsabilidade coletiva caracteriza a responsabilidade atribuída à pessoa por seu pertencimento a um grupo, sem que necessariamente tenha desempenhado alguma ação. Nessa perspectiva, todo o grupo é responsabilizado pela ação de um de seus membros. Contudo, a culpa é de caráter individual e está ligada à ação.

Pode-se inferir que mesmo o conjunto dos profissionais buscando orientar a sua prática pela integralidade, existe uma responsabilidade coletiva da equipe que assiste ao recém-nascido na UTIN por esse cuidado específico realizado pela profissional. Contudo, se um profissional individualmente utiliza sua capacidade de julgar para orientar o seu fazer e o faz em discordância com o fazer do grupo, atribui-lhe uma responsabilidade pessoal. Tomada na perspectiva individual, a culpa advinda dessa ação não pode ser dividida com o grupo de profissionais.

Com base nessas reflexões, entendo que o fato de a profissional e a mãe utilizarem sua capacidade de pensar e de opinar sobre o que vivenciam na UTIN pode ser uma das estratégias para a construção de um fazer que considere os outros - mães, recém-nascido e profissional - e o cuidado que se aproxime do atendimento às suas necessidades. Há que se considerar ainda as implicações das ações de cada um dos profissionais na responsabilização dos demais trabalhadores da equipe.

Fica ainda exposto que, para se orientar quanto ao melhor cuidado a ser oferecido a seu filho, a mãe utiliza-se do saber que adquiriu durante sua vivência na unidade e do que ela observa na criança e a equipe se deixa guiar pela rotina de cuidados. Ao se utilizar das tecnologias *leves*, a mãe consegue se aproximar mais

da necessidade de conforto que identifica em seu filho, o que não é possível ao profissional, por deixar o seu cuidado ser delineado pelas tecnologias *leve-duras* de rotinas de manuseio a serem cumpridas.

No trabalho em saúde, podem coexistir as diferentes tecnologias, mas as tecnologias *leves*, das relações estabelecidas, é que conferem um sentido ao modo como é produzida a saúde.

Orquídea (U-31) vale-se de uma das situações descritas pelo grupo e selecionada para discussão que diz respeito à dieta de um recém nascido que foi administrada muito rapidamente. Orquídea relata o cuidado que observa, por parte da mãe da criança, para oferecer a dieta lentamente, mesmo que isso demore mais tempo. Essa mãe tem filhos gemelares e, segundo Orquídea, ela passa cerca de meia hora oferecendo o leite pela sonda para cada um dos bebês, sem se lamentar e dividindo gota a gota o leite que consegue ordenhar. Orquídea (U-31) considerou “*meio pesado*” a maneira como a profissional ofereceu a dieta, tendo em vista que uma das preocupações que a equipe passa para elas constantemente é de observar se “*a barriguinha tá inchada*”. E acrescenta que, para elas, mães, que lutam todos os dias para conseguir a melhora do bebê, “*até um dedinho inchado já é ruim [...] então pra gente se distender [o abdome] um pouquinho ali já é uma perda muito grande*”.

Além da clareza que Orquídea (U-31) demonstra ter sobre como que deve ser o cuidado com seus filhos e as conseqüências que podem ter, chama a atenção, nesse relato, o uso de um vocabulário que é próprio da cultura da unidade assistencial. Assim como os outros pais, Orquídea (U-31) compartilha essa cultura com os profissionais e adota também a linguagem aí utilizada. Essa foi uma constatação feita também por Stainton, McNeil e Harvey (1992), Heermann, Wilson e Wilhelm (2005) e Lupton e Fenwick (2001) ao verificarem a utilização da linguagem

médica por mães e pais, o que os auxiliava na comunicação e no entendimento das informações acerca do quadro clínico e do tratamento.

Papoula (U-61 e 63) fala de algumas coisas que viu na Unidade e que a deixaram “*assustada*” e “*impressionada*” e exemplifica com o relato de uma técnica de enfermagem que estava para casar e, tão logo chegava para o trabalho, todos se juntavam e começavam a falar de casamento e “*esquece dos neném*”. Para ela, o casamento é fora do hospital e, coincidentemente, essa mesma profissional estava cuidando de sua menina, pegou-a no colo de “*um jeito todo estranho*”. Papoula (U-61-63) expressa que, quando tratado dessa forma, o recém-nascido não tem condições de reagir, “*se você jogar ele aqui no chão e deixar ele fica, entendeu? Tá entubado, não reclama, o que ele vai fazer? Nada!*”.

O discurso de Papoula (U-61-62) expressa uma desaprovação quanto às conversas das profissionais que não diziam respeito ao cuidado com o recém-nascido, como se o fato de conversarem outros assuntos entre si fosse suficiente para comprometer o seu trabalho. A vida dos trabalhadores, de alguma maneira se reflete em seu local de trabalho, levando-nos a acreditar que os trabalhadores não podem ser aprisionados no projeto terapêutico do usuário. É um espaço onde ocorre o trabalho e as relações entre os indivíduos são construídas.

Outro exemplo que Papoula (U-62) utiliza para descrever o que a tem preocupado dentro da unidade foi o momento de higienização e de troca de um recém-nascido como expresso em seu discurso

“Eu estava perto da minha [filha] e essa enfermeira [técnica de enfermagem] tava trocando o neném e colocou o neném em cima do negócio frio lá, do bercinho assim, sem nada. Não que estivesse frio, porque lá é aquecido, mas duro sem o colchãozinho para forrar e jogou o colchãozinho em cima do rostinho do neném e tá colocando, né, forrando. Aí o celular dela toca, aí rapidinho ela saiu e falou com a outra: ‘olha pra mim rapidinho!’ Só que a outra não olhou e o colchãozinho em

cima do menininho. [...] Deve ter ficado uns 5 minutos assim, ela lá fora e depois voltou. Achou o colchãozinho em cima do neném. Em cima do rosto do neném. E o neném naquele negócio duro lá sem o colchão. É coisa que a gente vê e fica assim imaginando. Poxa vida! E se fosse o meu? E se eu chegasse aqui e achasse o meu? Qual seria a minha reação? Porque com certeza a mãe não ia gostar de ver um negócio daquele, entendeu?”

Papoula (U-62)

No cenário do estudo, a orientação de uso do celular é de que, na impossibilidade de mantê-lo desligado, o mesmo fique em uma bancada, no interior da unidade para que seja verificada a ocorrência de chamadas para, quando possível, o profissional retorná-las. Os profissionais são orientados a não portar o celular e/ou interromper qualquer atendimento para atendê-lo.

Papoula (U-62) expressa um cuidado indesejável que foi oferecido ao recém-nascido. Um fazer que desqualifica o neonato e se apresenta como desrespeitoso para qualquer ser humano. A profissional do relato de Papoula (U-62) parece se predispor à realização de um cuidado prejudicado na medida em que mantém o seu celular ligado e junto de si, criando oportunidade para que ele se interponha em sua relação com o recém-nascido e determine uma prática desprovida do sentido de integralidade.

5.3 A VIVÊNCIA NA UNIDADE ASSISTENCIAL ENSINA E DESAFIA A CADA MOMENTO.

O discurso dos informantes é revelador do que vivenciam na unidade, expressando as características desse espaço de atenção e como o cotidiano que

agora compartilham os transformam, permitindo-lhes criar outros sentidos para a vida e para o cuidar.

Esta categoria emerge do desejo dos informantes de falarem da unidade assistencial expressando a densidade das relações e sentimentos vivenciados nesse *locus* de produção de cuidado e suas implicações no cotidiano assistencial. Fica evidente, nos discursos, a interpenetração entre passado, presente (trajetória) e futuro (dever) que constituem as realidades individuais que, por sua vez, interagem constantemente com a realidade exterior. Estabelece-se, assim, uma relação dialética entre as experiências, intencionalidades e possibilidades de cada um dos atores e as condições concretas desse cotidiano, tendo o *habitus*¹⁷ como seu mediador .

Orientados por esse entendimento de *habitus* como mediador entre a realidade exterior e as individuais, somos remetidos à identificação dos pais na UTIN. Ali eles percebem a realidade/acontecimentos, apropriam-se dela e agem, estimulados pela conjuntura do espaço assistencial. Nessa vivência, os pais socializam a sua subjetividade e compartilham o *habitus* que está em contínua construção.

Para falar sobre a internação de um recém nascido na UTIN, Diamante (P-60) constrói um caso hipotético no qual descreve uma trajetória desejável de mãe e filho. Para ela, iniciaria com a internação da mãe na maternidade para então ter a chegada da criança na UTIN. Diamante prossegue em seu relato apontando o desejo da mãe em obter informações sobre o que está acontecendo com o seu filho e a existência de um profissional para orientá-la.

¹⁷ “sistema de disposições socialmente constituídas que, enquanto estruturas estruturadas e estruturantes, são o princípio gerador e unificador do conjunto das práticas e das ideologias características de um grupo de agentes.” (BOURDIEU, 2002, p.106).

Mesmo apresentando de maneira pontual e hipotética a trajetória da mulher, Diamante (P-60) nos estimula a pensar que a assistência necessária ao recém-nascido de risco iniciaria na maternidade quando, ainda intra-útero, os cuidados oferecidos à mulher-gestante e a seu filho poderão beneficiá-los durante todo o processo de trabalho de parto, nascimento e após o parto. Essa lógica do acesso oportuno da usuária ao serviço de saúde é favorecedora de uma atenção integral ao tornar possível planejar um acompanhamento à mulher e seu conceito com possibilidades de articular as ações de prevenção e assistência, tendo em vista a repercussão dessas ações para a mulher e para o prognóstico do neonato. Nessa perspectiva, o limite da atenção dos profissionais no espaço assistencial da maternidade não seriam o parto e o nascimento, tendo em vista que o início da assistência ao recém nascido de risco, como na construção de Diamante (P-60), ocorre com a chegada de sua mãe à maternidade, traz a necessidade de que esse espaço não se restrinja ao parto e ao nascimento, mas que se efetivem outras ações também necessárias.

Essas condições de assistência apresentadas por Diamante (P-60), oferecem oportunidades a uma prática, com sentido de integralidade, como defendida por Mattos (2001). Para o autor, seria aquela na qual o profissional procura reconhecer, para além das demandas específicas relacionadas à experiência de sofrimento, outras que tornem prementes ações de saúde relacionadas, por exemplo, ao diagnóstico precoce ou à redução de riscos.

Retomando a situação construída por Diamante (P-60) na qual a assistência ao neonato é iniciada com a internação de sua mãe na maternidade, entram em cena os profissionais da clínica obstétrica, levando à incorporação de outros saberes e práticas à equipe de saúde que assiste o recém-nascido e, ainda, a

necessidade da organização e da integração do trabalho entre as clínicas obstétrica e neonatal. Portanto, em uma assistência prestada à gestante na maternidade e na possibilidade do atendimento a seu filho na UTIN, deve-se buscar os sentidos de integralidade relacionados às práticas dos profissionais e também à organização de seu trabalho.

Na busca de uma gestão que dê conta desses sentidos de integralidade e em consonância com as políticas municipais de saúde, a instituição, cenário do estudo, reformulou sua gestão, estruturando as *linhas de cuidado*, sendo a Linha de Cuidado Perinatal a que visa a manutenção do cuidado integral à mulher e ao recém-nascido (MADEIRA, DUARTE; 2006).

Essa organização segue as orientações de Merhy e Cecílio (2003), considerando como *linha de cuidado* o planejamento, a organização e a prestação de assistência à saúde de indivíduos e/ou de grupos populacionais, de acordo com os riscos e/ou agravos à saúde enfrentados por estes, sustentados na integralidade dos cuidados e utilizando múltiplos saberes e disciplinas.

Nesse entendimento, acredita-se que as *linhas de cuidado* podem ser construídas, utilizando-se as tecnologias disponíveis incluindo-se as relativas à micropolítica do trabalho em saúde e às relações entre os profissionais e destes com os usuários. Apesar dos inúmeros desafios que traz em si, uma gestão com esses pressupostos e que tenha como referência a linha de produção do cuidado tida como favorecedora de um cuidado integral, permite tomadas de decisões democráticas, descentralizadas e responsabilizadoras (MADEIRA; DUARTE, 2006).

Isso exige também algumas iniciativas para que o cuidado se materialize nesta perspectiva contínua, integrada e oportuna de atenção à mulher, ao recém-nascido e a sua família. Uma estratégia que permite vislumbrar essa materialização

é a *Casa de Sofias*¹⁸ que consiste em uma casa localizada nas proximidades do cenário do estudo e destina-se à permanência de mulheres-gestantes, residentes no interior e que necessitam de um acompanhamento diário da equipe de saúde e mães de recém nascidos internados na UTIN. Dessa forma, é ampliada a possibilidade de acesso da mulher e do recém-nascido às tecnologias apropriadas aos diferentes momentos de atenção para que a equipe faça uma apreensão ampliada das suas necessidades e ofereça-lhes uma assistência com sentido de integralidade.

Tomando novamente a trajetória hipotética da mulher e do recém-nascido descrita por Diamante (P-60), criam-se momentos de atenção propícios à construção da integralidade, favorecidos pela organização do serviço em linha de produção do cuidado, pressupondo a articulação das unidades de cuidado. Entretanto, mesmo sendo a gestão da instituição estruturada na perspectiva das linhas de cuidado e utilizando-se de estratégias favoráveis a elas e à construção da integralidade, o que se observa é que essa organização, em alguns momentos, está mais no planejamento do que no cotidiano dos serviços como revelado na observação de campo.

“18:45 hs o pediatra chega à UTIN 3 e pergunta se tem um leito pronto para admissão pois provavelmente haverá 03 admissões. ‘Agora?’- pergunta a enfermeira. ‘Não. Agora o de 36 semanas, mas tem mais dois!’- responde o pediatra. A enfermeira avisa à técnica de enfermagem sobre a admissão e a mesma começa a checar os materiais já disponíveis no leito. As 19:30 hs a pediatra pede que seja montado o respirador pois o bebê será entubado à admissão [essa decisão foi tomada com base nas informações recebidas na passagem de plantão pois a mesma não foi à maternidade avaliar o bebê]. [...] 20:10- a pediatra pergunta ao enfermeiro se falta alguma coisa para o bebê subir da maternidade, o mesmo diz que não e solicita à técnica de enfermagem que comunique com a maternidade. A Técnica de enfermagem desliga o telefone

¹⁸ O nome faz alusão àquele da instituição, cenário do estudo

dizendo que a 'menina' da maternidade vai avisar que já pode subir.[...] 20:35 hs- A pediatra entra na UTIN 3 e diz que foi informada que o motivo do recém-nascido não ter subido foi a falta de um profissional da maternidade para fazê-lo e dirige-se então ao Bloco Obstétrico para buscar a criança. No caminho encontra com outra enfermeira da neonatologia e uma técnica de enfermagem da maternidade transportando o bebê. [...] 20:40 hs – a enfermeira entra com a criança na UTIN 3 para ser admitida.”

Diário de Campo (24/08/2006, p.12-16).

Mesmo se sabendo da necessidade da criança de receber o suporte da terapia intensiva e apesar de esse recurso já se encontrar disponível, o recém-nascido foi admitido após uma hora e cinquenta e cinco minutos de espera. E alguns aspectos identificados nessa observação de campo podem comprometer os resultados da assistência e a integralidade da atenção. Nesse caso evidencia-se uma comunicação pouco efetiva entre os profissionais que atuam na UTIN e na maternidade, expressa a partir da solicitação de vaga, mas sem que a equipe desse o retorno de que o recém-nascido já poderia ser transferido.

Os profissionais parecem se colocar à margem da necessidade do neonato, não se implicando para que esse processo se desenvolvesse com maior agilidade, o que se evidencia pela demora na transferência do neonato sem que algum profissional se interessasse em saber o motivo.

Se tomamos a justificativa relatada pela pediatra da UTIN para a demora na transferência do bebê, que foi a falta de um pediatra para fazê-lo e sabendo-se da indicação dessa criança para receber cuidados intensivos, acredito que essa deveria ter sido exatamente a justificativa para que o neonato fosse transferido com maior rapidez, considerando-se a importância desse profissional para sua assistência.

Fica explícito, a partir dessa observação de campo, que mesmo tendo sido implementada uma gestão que se utiliza da organização por *linhas de cuidado*, com uma Linha de Cuidado Perinatal, e portanto a que buscaria garantir uma assistência integral à mulher, ao recém-nascido e à família durante a sua permanência na instituição, existem rupturas importantes nessa linha das quais a gestão não dá conta. O planejamento acontece mas ainda não contempla a dinâmica e a imprevisibilidade do cotidiano do serviço e do processo de trabalho dos profissionais.

Depreende-se também, do discurso dos profissionais, participantes da oficina, como percebem os pais e as mães no período inicial da admissão do bebê. Turfa (P-47) ressalta, desse período, as dúvidas tanto da mãe quanto da família pela incerteza da vida desse bebê, dizendo: “*ela tá ali e a gente não sabe se ela vai sobreviver, se ela vai morrer, e tal*”. Turqueza (P-54) relata a ansiedade dos pais ao observarem os batimentos do recém-nascido por intermédio do monitor e a expectativa para saber da evolução do quadro do bebê.

As incertezas depreendidas do discurso de Turfa (P-47), estão presentes durante a internação em uma UTIN. As possibilidades de melhora ou de piora súbita fazem parte do cotidiano desses pais. Para Gomes (1996), a separação dos pais quando da internação do bebê faz com que os mesmos sintam medo e tristeza pois se encontram fragilizados e inseguros quanto à vida de seu filho. No entendimento de Buarque, Lima, Scott e Vasconcelos (2006), a incerteza diz respeito à possibilidade dos seus filhos apresentarem uma melhora significativa, ficarem em um estado de enfermidade crônica ou até mesmo morrerem.

Os relatos de Turfa (P-54) e Turqueza (P-47) permitem distinguir entre as necessidades do recém-nascido e as necessidades familiares mediante a situação

de internação do bebê em uma UTIN ao expressarem a espera de informação, o desconhecimento do ambiente onde o bebê é cuidado e a incerteza da vida mediante a doença.

Turqueza (P-47) expressa uma cena constante nas UTIN, quando os pais se colocam do lado de seus filhos, tocam o seu corpo suavemente e mantêm seu olhar direcionado para o monitor, como se ele fosse lhe dar a garantia de que o seu filho ainda está vivo. A atenção ao monitor cardíaco evidenciada na descrição de Turqueza (P-47), dá-nos a impressão de que a criança está sendo vista pelo olhar que o atravessa, levando nesse olhar os parâmetros mensurados e que ajudarão a dar os contornos desse ser ali deitado.

Essa atitude de valorização dos aspectos clínicos é descrita por Kenner (2001) como um dos mecanismos de enfrentamento utilizado pelos pais para lidarem com um recém-nascido de risco. Para a autora, além dos mecanismos de negação, raiva, culpa e afastamento, há a intelectualização que se refere à tentativa de alguns pais se afastarem das emoções dolorosas buscando significado para a situação e, assim, buscam se concentrar em outros aspectos como os valores sanguíneos e níveis de oxigênio da criança. A autora ressalta que os pais que se encontram nesse grupo necessitam de informações precisas e da certeza de que suas perguntas serão respondidas.

Reforça as considerações de Kenner (2001) quanto à intelectualização dos pais, a demanda expressa por Turqueza (P-47), de receberem informações acerca do quadro de saúde dos recém-nascidos. Em estudo realizado por Bialoskurski, Cox e Wiggins (2002) no qual buscavam identificar as necessidades e prioridades maternas em uma UTIN, 93% das mães identificaram como prioridade as

informações precisas acerca do estado de saúde de seus filhos e uma boa comunicação com os profissionais.

A importância conferida à informação foi evidenciada na observação de campo em ocasião de uma primeira visita realizada pelos pais à criança

“uma mulher entreabre a porta e pergunta se pode visitar o bebê. A técnica de enfermagem responde afirmativamente. [pergunto à técnica de enfermagem se é a primeira visita que fazem à criança, e ela diz que sim].[...] eles vão até o leito e a mãe pede notícias sobre a criança à técnica de enfermagem e a mesma diz que só a pediatra pode dar, que na hora da notícia a mãe poderá subir, se estiver conseguindo.”

Diário de campo (08/09/2006, p. 62-63).

Mesmo sabendo-se da importância da informação como uma estratégia para apoiar a família e reduzir o estresse decorrente da internação (BIALOSKURSKI; COX; WIGGINS, 2002), ela ainda ocorre no tempo e conteúdo dos profissionais, e não na necessidade dos pais e ressaltando os aspectos de evolução da doença e terapêutica utilizada como se vê na observação de campo.

“A pediatra se aproxima do leito segurando o caderno de passagem de plantão. Cumprimenta os pais, fala que a criança tem ficado estável, aceitando a dieta. Há a possibilidade de extubação uma vez que a broncoscopia não ‘deu nada’, mas caso não tenham sucesso há a possibilidade de traqueostomia. Os pais a ouvem atentamente e tiram dúvidas sobre a traqueostomia a longo prazo.”

Diário de campo (25/08/2006, p.25).

Essa observação evidencia que, além de ressaltar os aspectos relacionados à patologia, são também valorizados aqueles que reforçam as debilidades da criança, como evidenciado em outra observação de campo

“O pediatra se aproxima do leito para examinar a criança e os pais estão lá. Enquanto examina conversa com os pais. Fala que ela está pior do que ‘a outra’ [tem uma irmã gêmea], que foram feitas tentativas de iniciar a dieta e ela não aceitou, então foi iniciada nutrição parenteral total [explica aos pais o que é]. Fala dos exames que foram feitos e vieram alterados

necessitando iniciar os antibióticos. Diz aos pais sobre as principais dificuldades de um bebê prematuro, a que a filha deles tem é de respirar e digerir. Fala das possibilidades que a criança tem de adquirir infecção, mesmo tomando os cuidados como lavar as mãos. [...] como os pais permanecem em silêncio ele diz que, assim como na gente, uma barriga inchada causa dor, então o bebê, além dos cuidados que está recebendo precisa também de sedativos. [...] Após terminar o exame da criança o pediatra se volta para os pais e diz que acha que a criança está tranqüila, foi iniciado o antibiótico e o restante do tratamento poderá mudar de acordo com a evolução. Pergunta se os pais têm algum questionamento. Eles comentam sobre a barriga da filha que estão achando grande e agradecem.

Diário de Campo (09/09/2006, p.69-72).

Esse registro permite apreender a ausência de uma relação dialógica entre pais e profissional e reforça o lugar do profissional como detentor do conhecimento acerca do que acontece com a criança. Evidencia-se que esse encontro com os pais funciona como um espaço de transferência de informação sem que se busque saber se são as que eles gostariam de ouvir. Deve-se destacar a atitude dos pais de permanecerem em silêncio após tudo ouvirem e retomarem a sua preocupação inicial quanto ao tamanho da barriga da sua filha, permitindo questionarmos o alcance da informação para atender à necessidade dos pais.

Junqueira, Lamego, Morsch e Deslandes (2006) defendem o diálogo na relação entre profissionais e familiares por acreditar que é o que demarca a diferença entre um cuidado integral e um mero cumprimento de protocolos. Nos achados de Braga (2006), uma estratégia para a construção de diálogos entre a equipe e os pais está na possibilidade de os pais entenderem o que está sendo falado pelo profissional, vincularem-se a ele e receberem notícias que reflitam a singularidade do recém-nascido. Nesse sentido, acreditamos que se uma relação dialógica tivesse sido estabelecida, a possibilidade de atender às necessidades do profissional e dos pais seria mais concreta.

Outro aspecto que se apreende desse relato do Diário de Campo refere-se às diferenças ressaltadas entre o recém-nascido internado na UTIN para um neonato saudável colocando-o em um lugar de criança “especial” e “vulnerável” aos riscos. Acreditamos que essa abordagem pode levar os pais a se concentrarem nas deficiências de seus filhos afetando ainda mais a relação parental, o envolvimento no cuidado de seus filhos e o enfrentamento da situação de internação.

Seguindo a direção apontada por essa discussão, cabe considerar que a maneira como foi oferecida a informação aos pais retrata uma assistência imbuída de tecnologia *dura*, com valorização dos diagnósticos e da terapêutica, estendendo a sua lógica para as relações. Sobre a centralidade na doença, Ângelo (1996) afirma ser difícil mudar essa perspectiva para uma abordagem centrada na experiência da família. É preciso derrubar defesas, eliminar a indiferença e tornar-se presente pela atitude de interesse e preocupação. Uma maneira de romper essas limitações encontradas na assistência tem aporte em Lamy, Gomes e Carvalho (1997) que defendem um espaço para os pais perguntarem, ouvirem e relatarem suas necessidades individuais.

Girassol (U-10) constrói uma colagem buscando retratar como tem sido o período de internação de sua criança. Durante esse período, o centro de suas atenções e dos outros pais são os bebês, pois “*só fala de bebê, só fala de criança*”.

Esse discurso de Girassol (U-10) reflete o cotidiano da unidade neonatal direcionado para o que cerca o neonato e a sua internação na medida em que as atividades que a equipe promove junto aos pais giram em torno daquilo que remete ao que está sendo vivido pelos bebês.

O discurso de Orquídea (U-1) evidencia que, além de os pais terem sua atenção centrada em seus filhos, as condições clínicas do bebê interferem

diretamente na tranquilidade dos pais e dos profissionais. Para ela, quando tudo está bem com o bebê, os pais e os profissionais ficam mais tranquilos; entretanto, a preocupação existe quando algo ruim acontece. Evidencia-se também em seu discurso a inconstância do quadro clínico do bebê.

Essa inconstância é também expressa por Papoula (U-4) ao utilizar as condições climáticas para exemplificar as mudanças que determinam o dia-a-dia da unidade. Sendo o dia que tem sol interpretado por ela como aquele em que todos estão felizes mas, segundo ela, *“acontece também de vir sol e também chuva”*.



Papoula (U-4) reforça a imprevisibilidade dos acontecimentos na unidade neonatal. Uma imprevisibilidade tão peculiar ao seu dia-a-dia como as condições climáticas. Assim como lhe é difícil prever como estará o clima, pode ser difícil também prever o que vai acontecer com a sua criança na UTIN.

Girassol (U-9 e U-11) expressa em seu discurso que tem aprendido acompanhando sua filha na unidade, e desse aprendizado refere-se principalmente à paciência.

Ao expressar a aprendizagem possível nesse período, Girassol (U-9, U-11) revela a capacidade de, nas interações estabelecidas entre sujeitos e entre sujeitos e ambiente, recriar a si e as condições para viver nesse espaço. Em um movimento de auto-criação que emerge do experienciado e da disponibilidade para esse movimento, são criados novos modos de agir e de existir.

Depreende-se do discurso de Turfa (P-49) como o tempo pode se apresentar para os profissionais, os pais e a criança dentro da unidade. Fica expressa a incerteza do tempo que pode variar se houver uma evolução rápida ou não, e a intensidade do trabalho dos profissionais exigida pela velocidade das mudanças no quadro clínico do bebê.

A intensidade do trabalho que determina o “*tempo*” do trabalho dos profissionais na assistência ao recém-nascido é traduzida por Gardênia (U-15) a partir de uma figura de uma pessoa correndo. Para Gardênia (U-15) a corredora representaria os profissionais correndo para salvar a vida de alguma criança que não está muito bem. Os profissionais correm “*para salvar a vida e ajudar que aquele bebê sobreviva por mais tempo*”.



Gardênia (U-15) retrata momentos intensos e tensos na unidade que exigem movimentação rápida dos profissionais, várias mãos tocando o bebê, o uso de grandes quantidades de drogas na busca de reverter uma intercorrência ou dar possibilidades à continuidade da vida.

Considerando o tempo um período contínuo e indefinido no qual as coisas se sucedem e que criam no ser humano a idéia de passado, presente e futuro (HOUAISS, 2001) é que buscaremos compreender como se expressa o tempo para as pessoas que vivenciam a unidade assistencial: a família, os profissionais e o neonato. São tempos muitas vezes descompassados, às vezes transgressores e, dependendo da perspectiva de quem olha e que lugar ocupa, um tempo que se arrasta lentamente.

O tempo do profissional parece determinado pela duração do plantão, pelo cuidado realizado. Um tempo que tem sua finitude nas suas ações e na sua permanência na instituição durante o seu horário de trabalho. O tempo do neonato é vivido agora, se superando e se mantendo no tempo presente. A família transita entre os tempos: o do *devir* com seus sonhos, seus desejos, e sua esperança, o do que está sendo vivido por seu filho e o do passado, com as conquistas e as perdas referentes à situação vivida agora.

O tempo do recém-nascido deveria ser o fio condutor dos acontecimentos na unidade mas, freqüentemente, o seu tempo é atropelado pelas ações dos profissionais ou pressionado pelos sonhos e expectativas dos pais. Os profissionais às vezes conseguem cadenciar o seu tempo ao dos pais, quando, por exemplo, interrompem sua seqüência de atividades para atendê-los em sua necessidade. E os pais seguem tentando costurar esses tempos de forma a significarem parte da história do recém-nascido.

O discurso de Gardênia (U-16 e 18) é revelador dos obstáculos que os pais enfrentam na unidade, e que durante esse período em que está aqui aprendeu a não desistir diante das dificuldades mas a buscar superá-las “*por mais que doa*”. Ela se refere ao caminho a ser percorrido como um labirinto que, por mais que “a

gente acha que não vai dar conta... que não vai superar... e que no final a gente sempre tem uma recompensa, por mais que chegue cansada do outro lado”.

Mesmo reconhecendo as dificuldades para enfrentar a internação de seu filho, o discurso de Gardênia expressa sua confiança de que seu desejo será realizado.

O discurso dos profissionais, participantes da oficina, é revelador das limitações que têm para lidar com os resultados indesejáveis da assistência prestada aos neonatos como a ocorrência de seqüelas e óbitos. Ágata (P-26) fala que é uma *“carga muito pesada”* lidar com menino seqüelado e que a seqüela ocorre muito e não dá para os profissionais ficarem se culpando por isso. Ela acredita que tem necessidade de distribuir *“essa carga, a gente não pode ficar só se culpando por isso... sou eu, sou eu”*. A dificuldade de lidar com o óbito é expressa por Ametista (P-23) ao buscar ajuda com a psicóloga para dar a notícia de que um bebê havia falecido. Ametista relata que pediu à psicóloga que lhe acompanhasse na notícia que daria à mãe sobre o óbito de sua criança, pois não sabia como fazê-lo e ao que a psicóloga respondeu-lhe: *“isso você não vai aprender nunca. Você vai fazer dez vezes e dez vezes você vai ter a sensação de que não está fazendo o melhor. O menino morreu, então é difícil mesmo”*.

Lidar com o óbito, além de, culturalmente, trazer a tristeza pela perda, pode representar para os profissionais o insucesso de seu trabalho, sem que necessariamente seja por assistência inadequada. Para Lamy (2000), a dificuldade em lidar com o óbito está também relacionada à impotência dos profissionais frente à morte e à sensação de fracasso por não terem sido capazes de cumprir seu papel de curar.

O impacto do óbito sobre a equipe é percebido pelos usuários ao identificarem o sentimento de tristeza como expresso por Girassol (U-24) ao relatar ter visto *“uma pediatra saindo muito mal”* após a morte de um bebê. Também no relato de Orquídea (U-25) esse sentimento fica evidente ao descrever como a pediatra estava após o falecimento de um bebê: *“no outro dia de manhã ela saiu toda mudada, parecia que nem era ela de tão... tão acabada mesmo. Porque morreu no plantão dela”*.

Depreende-se do discurso de Rubi (P-38), a percepção da vivência do recém-nascido e de sua família, na Unidade, como algo que deve ser pensado nos benefícios a longo prazo. Ela utiliza a imagem de uma criança em fase escolar para expressar um futuro possível após tudo o que vivenciou durante a internação. Rubi expressa que a foto dessa criança mostra que *“vale à pena ele lutar em prol da vida e viver essa vida que eles estão vivendo hoje”* e esse sofrimento foi superado pelos recém-nascidos com a ajuda de seus pais e da equipe.



O sofrimento do neonato visto por Rubi (P-38), é reforçado por Pérola (P-32) ao falar dos inúmeros procedimentos dolorosos a que o recém nascido é submetido e que fazem com que os profissionais percebam que ele sofre.

Esses discursos apontam vivências compartilhadas na unidade assistencial que, ao serem evidenciadas, como é a sensação dolorosa no recém-nascido, impõe-nos o desafio de nos anteciparmos a elas, amenizando-as ou construindo maneiras de enfrentá-las. É aceitarmos aprender e sermos desafiados pelo cotidiano da UTIN, reafirmando a produção e incorporação de práticas orientadas para a integralidade.

O discurso dos informantes são reveladores de como se estabelece a relação entre as mães e os profissionais na unidade assistencial, evidenciando sentimentos que a permeiam e a estruturam. Exibe também outras dimensões que interferem na relação estabelecida tais como a duração da permanência da criança no hospital, a assistência prestada e o que é apreendido pelos pais como *observadores privilegiados*¹⁹.

Diamante (P-63) revela as modificações que identifica na mãe cujo filho encontra-se internado na UTIN. Para a informante, no início da internação a mãe fica “*super tranquilinha, conversa com a gente, depois ela começa a ficar estressada, xinga todo mundo*”. Diamante (P-63) acredita que essa reação da mãe se deve ao fato de o bebê apresentar momentos de piora depois de ter alcançado melhoras importantes em seu quadro clínico. Ela reconhece que essa situação enfrentada pelas mães é difícil e que a equipe “*tem que tentar se colocar no lugar dela também*”.

Frente às dificuldades enfrentadas pelas mães durante a internação, o discurso de Diamante (P-67) exhibe sua preocupação com as mães de pouca idade e que agora têm que assumir a responsabilidade com o cuidado de seus filhos ou mães cujos filhos receberão alta do hospital com uma traqueostomia e terão que ser

¹⁹ Vide definição de *observadores privilegiados* p.88

cuidados por elas em suas casas. Para Diamante (P-67) os problemas que as mães terão que enfrentar são tão grandes que podem levá-las a pensar em deixar os bebês no hospital, *“não por vontade dela, mas por não saber como ela vai fazer com essa criança em casa”*. No entendimento da informante, a equipe *“tem que estar ali com essa mãe pra poder ajudar, e tem esse papel também de orientar essa mãe.”*

Os dizeres de Diamante (P-67) remetem a um cuidado ao recém-nascido que impõe a necessidade de estendê-lo à mãe na medida em que é reconhecida a sua proximidade com o neonato. Esse reconhecimento implica em considerar que essas mães podem se modificar conforme varia o estado de saúde do seu filho e na tomada de consciência de que elas serão responsáveis pelos cuidados dessas crianças quando saírem do hospital, independente das condições das crianças no momento da alta.

Apesar de ainda ser identificada por Diamante (P-67) a necessidade de um cuidado direcionado para as mães, mesmo que não seja aventado que essa necessidade possa incluir outros membros da família, demandando um cuidado ampliado, observa-se que as ações não se encerram no recém-nascido. A presença das mães reconfiguram as necessidades de saúde do recém-nascido e delas próprias e trazem para dentro da UTIN a necessidade de se estabelecerem novas relações da mãe com a equipe para uma construção conjunta, das condições que poderão favorecer o cuidado a essas crianças após a alta.

Dadas suas características próprias, cada uma dessas mulheres-mães é única e têm uma forma singular²⁰ de existir e estar na UTIN. Mesmo sendo singulares em sua existência, elas se aproximam por características particulares²¹

²⁰ O que é único, que não se repete nas formações materiais (coisas, objetos, processos) (CHEPTULIN, 1982).

²¹ Representam momentos das formações materiais, cada coisa representa a unidade do singular e do geral, do que não se repete e do que se repete (CHEPTULIN, 1982).

que possuem, e permitindo que sejam identificadas por suas semelhanças na maneira como vivenciam a internação de seus filhos.

Mesmo que a necessidade de cuidado tenha surgido na expressão da singularidade de uma mãe, é percebido pelos profissionais que essa necessidade pode ser particular a outras mães. Isso implica em reconhecer as possibilidades que a vivência de cada uma das mulheres, consideradas as suas singularidades, pode oferecer para a construção de ações de saúde que atenda a elas, ao seu filho e à família, considerando a particularidade de terem suas crianças internadas na UTIN.

Mesmo sendo reconhecido por Diamante, que a vivência da internação altera o comportamento das mães e a importância de a equipe apoiar essa mãe, o discurso das usuárias, revela uma relação entre as mães e os profissionais estriada por atitudes ríspidas e pouco receptivas. Situações como essas são reveladas por Orquídea (U-66) ao falar de duas profissionais (técnicas de enfermagem) que, mesmo sabendo a difícil situação que elas (mães) se encontram e o quanto *“uma palavra que uma pessoa fala com a gente [as mães], a gente pode sentir muito”*, elas (técnicas de enfermagem) não lhe respondem *“direito”*. Orquídea (U-68) acrescenta que tem algumas (técnicas de enfermagem) que *“fecham a cara quando vê que a gente tá chegando, fica mal humorada, e fica falando: Nossa! Se eu pudesse eu estudava prá mim poder sair daqui!”*.

Os comportamentos evidenciados nos relatos de Orquídea (U-66, 68) recebe o matiz do poder que se revela no diálogo com um profissional no qual ela diz ao profissional que sua *“menina não gosta de ficar deitada de barriga pra baixo”* e recebe como resposta que ela *“não tem que gostar não, ela tem que ficar é assim.”*

Mesmo a mãe acreditando saber o que é melhor para a sua filha a profissional desqualifica a sua percepção e interpõe, na sua relação com a mãe, a

autoridade de determinar os cuidados que considera adequados à criança. Se anteriormente foi reconhecida a importância de se construir uma relação com a mãe que permita prepará-la para os cuidados ao seu filho, evidenciam-se aqui, fortes obstáculos a essa construção.

São diferentes tecnologias que são operadas pelos profissionais e pelas mães, ao cuidarem de seus filhos. No caso específico relatado por Orquídea (U-66, 68), evidencia-se que a profissional utiliza predominantemente as tecnologias *duras* e *leve-duras* na produção do cuidado para o neonato, ao passo que a mãe se deixa guiar pelas tecnologias das relações, na busca por atender às necessidades de sua filha.

O que a mãe deseja é ver sua filha na posição que lhe parece proporcionar maior conforto e o profissional parece ser cumprir com a prescrição, a adequação do posicionamento à patologia e/ou a rotina de manuseio. Contudo, ao serem colocadas essas diferentes possibilidades de cuidado, não foi percebida como a possibilidade de valorização da observação materna, do entendimento e respeito mútuos, enfim da possibilidade de proposição de um cuidado que melhor atendesse aquela criança na sua singularidade.

O que se evidencia é que a tecnologia *dura* e *leve-dura* utilizada pelo profissional se impõe sobre a *leve* operada pela mãe e essa diversidade que poderia dinamizar as mudanças na produção de atos de saúde apresenta-se como um obstáculo ao acentuar ainda mais a distância entre o julgamento da mãe quanto ao melhor cuidado para seu filho e o julgamento e ação do profissional.

Uma estratégia apontada por Carvalho, Chagas e Pontes (2007) para tornar mais sinérgico o trabalho da equipe e as possibilidades de participação da

mãe seria a instituição de “*praças de conversas*”²², nas quais o cuidado seja pactuado e sejam valorizadas as interações fazendo mãe e recém-nascido protagonistas dessa assistência.

Gardênia (U-38 e 39) expressa em seu discurso que tem participado de atividades de grupo juntamente com outras mães, durante a internação de seu filho, nas quais tem-se discutido a importância de que os problemas cheguem aos profissionais que realmente poderão resolvê-los e relata ter obtido sucesso em duas ocasiões. Apesar de toda a raiva que Gardênia (U-38 e 39) afirma ter sentido nessas ocasiões, ela optou por procurar uma enfermeira para ajudá-la e conclui que “*[...]por mais que a gente se sente acuado, se sente com medo, tem sempre alguém com a cabeça mais fresca para ouvir a gente, para tentar solucionar o problema. Não é na hora da raiva...[...]*”.

Constata-se que, nas situações descritas, as tensões eram estabelecidas entre os técnicos de enfermagem e as mães. Esse fato explica-se por ser o técnico de enfermagem o profissional que tem maior contato com a mãe e o recém-nascido e também o que disputa mais intensamente com a mãe nos cuidados com o neonato. Frente a essa constatação evidencia-se a tentativa da equipe em reduzir as tensões existentes entre as mães e os profissionais, na maioria das vezes técnicos de enfermagem, estimulando as mães a buscarem por alguém que possa mediar essa relação.

O uso do poder na relação entre a mãe e os profissionais, ressaltando as assimetrias e calando as vozes das mães é o que parece acentuar os conflitos e, ironicamente, é esse mesmo poder, revestido da autoridade conferida a um

²² As praças são consideradas como espaços em que os profissionais e as pessoas envolvidas na área da saúde possam expor seus projetos, desejos, necessidades frente a determinado assunto pertinente ao grupo (MERHY, 2006).

profissional hierarquicamente superior, que vem mesmo que circunstancialmente devolver a voz a essas mães.

Depreende-se desses achados as maneiras como as mães buscam manter a segurança de seus filhos ao identificarem as circunstâncias que os colocam em risco ou a contradição entre o cuidado realizado e o que realmente seria melhor para o seus bebês.

Ao estudar a experiência de mães que tiveram seus filhos internados em uma UTIN da Califórnia, Hurst (2001) identificou um conjunto de ações realizadas por elas para proteger seus filhos ao perceber que estavam em risco, dentre elas, negociação de ações com o profissional de saúde para garantir o atendimento das necessidades de seu filhos, utilização do conhecimento adquirido durante a sua permanência na instituição para contestar as práticas que não consideram apropriadas e a busca por profissionais hierarquicamente superiores para entender sobre o cuidado oferecido. Para a autora, o conjunto de ações desenvolvidas pelas mães demonstra como buscam transformar as situações que conferem risco para seus filhos e apontam para a necessidade de os profissionais buscarem compreender o objetivo das ações maternas e tornarem-se parceiros para uma atenção qualificada.

Estamos adotando como *parceria* a participação da mãe, não restrita à execução de cuidados com seu filho mas a sua participação nas definições do cuidado a ser realizado, com suporte da equipe para aumentar a sua capacidade de oferecer mais cuidados a seu filho e oportunidade de discutir com a equipe o que tem observado nele, conforme defendido por Moore (2003).

A partir desse entendimento de parceria que vai ao encontro da atenção que tem como pressuposto a centralidade na família e, com base nos discursos dos

participantes e na observação de campo, podemos inferir que, no cenário de estudo, não se tem construído parcerias com as famílias para o cuidado ao neonato. Para a superação dessa lacuna e para que se avance para a construção de parcerias entre os profissionais e os usuários, acreditamos ser necessário o reconhecimento, por parte da equipe que assiste o recém-nascido, quanto às diferenças existentes na perspectiva do olhar da mãe e família que, associadas ao fazer do profissional, podem favorecer a integralidade da assistência ao neonato e serem detonadoras de uma série de outras ações.

Outro aspecto revelado por Gardênia (U-40) é a importância de não permanecer com dúvida. Ela diz estimular as outras mães a perguntarem sempre que tiverem alguma dúvida sobre o que acontece com os seus bebês ou quanto aos cuidados que estão recebendo, mesmo que tenham de aproveitar os momentos de interação com o pediatra, na hora da passagem de notícias.

De maneira semelhante a Gardênia, Azaléia (U-58) afirma buscar informações e tirar suas dúvidas sempre dizendo: *“qualquer coisinha eu reclamo, eu falo... Se eu fico lá eu chamo, sabe? Eles me tratam muito bem, os médicos..., pergunto tudo e eles me falam”*. E para Azaléia (U-58), pelo fato de obter resposta para seus questionamentos, considera os profissionais competentes.

Vários estudos apontam a importância que a informação tem para os pais para reduzir o estresse vivenciado com a internação de seus filhos e para compreender o que se passa com eles (BRAGA, 2006; BRUCE; RITCHIE, 1997; BRUNS; MCCOLLUM, 2002; SCHARER; BROOKS, 1994). Esses achados também foram evidenciados por Mok e Leung (2006) em um hospital na cidade de Hong Kong que, ao buscar identificar a percepção das mães de recém-nascidos prematuros quanto à importância do apoio recebido pelas enfermeiras na UTIN,

apontam a informação como o suporte mais importante a ser oferecido, contudo as autoras evidenciaram que ela ainda é oferecida de maneira insuficiente. Para Tavares, Mota e Magro (2006) conforme ocorra a comunicação entre a equipe e a família, pode-se tanto favorecer o distanciamento e a hostilidade quanto as negociações e o acolhimento.

Essa atitude, encorajada por Gardênia (U-40), além de tranquilizar as mães quanto ao que ocorre com o bebê favorecendo relações mais simétricas com os profissionais, tem outra faceta que é a de proporcionar-lhes outros conhecimentos. Conhecimentos que, agregados a suas características de *observadores privilegiados*, torna-os empoderados e eles tensionam as relações e interferem na assistência a seus filhos buscando aquela que consideram desejável.

Depreende-se do discurso dos informantes o valor que conferem à participação da família no cuidado ao recém-nascido e quem de fato a compõe. Os discursos revelam os entendimentos que pais e profissionais têm dessa participação e como fazem para efetivá-la, bem como suas possibilidades e suas limitações.

A partir do que tem vivenciado, Cristal (P-56) expressa uma concepção de família com diferentes constituições “*porque às vezes é só a mãe, às vezes é só a mãe sem o pai e sem o bebê, ou às vezes é só o pai, então assim, ou às vezes é só o bebê...*”. Para Cristal (P-56), em uma assistência integral, os diferentes profissionais devem acolher o recém-nascido e sua família.

Ressalta, do discurso de Diamante (P-64), o reconhecimento do pai como alguém que também sofre com a internação de seu filho e a importância de que ele esteja junto da mãe para que consigam se apoiar e juntos “*conseguir trazer o melhor para o recém-nascido.*”

Turfa (P-43) expressa a presença materna junto ao filho durante a internação como algo bem solidificado na instituição o que é garantido pelas estratégias existentes que dão condições a essas mulheres de aí permanecer. A importância dessas estratégias para a permanência das mães são reveladas também por Ametista (P-21), ao apontar o apoio psicológico oferecido às mães, a *Casa de Sofias* para que permaneçam e as atividades manuais realizadas. Para Ametista (P-21) *“por mais que falha em dar notícia, falha em dar assistência, em pouquíssimos lugares você vê isso [...] porque eu acho que a família, aqui ela é valorizada mais do que em outros lugares.”*

Os discursos são reveladores das mudanças proporcionadas pela constante presença da mãe no hospital expressando necessidades de saúde e impondo novos arranjos assistenciais. Mesmo com as limitações à participação materna, traduzidas por comunicação falha entre equipe e família, acreditamos que a pura presença da mãe na instituição, por si só e independente dos resultados observados, já implica em algum tipo de participação, mesmo que não seja qualificada. Um dos desafios, portanto, é avançar na qualificação dessa participação e, tomando o contexto do cenário em estudo, deverá ser feito com a presença das mães.

Mesmo com uma concepção de família que acompanha as mudanças da sociedade, o reconhecimento da importância de sua acolhida para o atendimento integral e do papel do pai, o discurso dos profissionais revela uma participação restrita à presença física e uma família restrita à figura materna.

Na colagem produzida por Turfa (P-51), uma linha pontilhada liga o recém-nascido à figura de uma família e à interrogação sobre imagens de pessoas que retratam os demais membros da família.



Ao explicar essa produção Turfa (P-51) relata que a linha pontilhada foi colocada por seus questionamentos acerca da presença dessa família na Unidade assistencial. Para ela, fala-se muito de família, “*mas o tempo todo a gente tá falando da mãe, da mãe, da mãe*”. A informante afirma que isso pode ser constatado em momentos como o acolhimento e a oferta da Casa de Sofias para a permanência das mães. Os acolhimentos são feitos sem que se chamem os pais ou os avós para participar, “*a gente não discute isso em nenhum momento, não divide essas responsabilidades em nenhum momento.*” A informante acredita ser necessário pensar em estratégias para manter a família mais próxima.

Ressalta desses discursos o papel da mãe de cuidadora e a responsabilidade a ela atribuída durante a internação de seu filho. Gonçalves *et al* (2005), Garcia-Calvete, Mateo-Rodriguez e Maroto-Navarro (2004), Navaie-Waliser, Spieers e Feldman (2002) apontam que as mulheres são as pessoas que normalmente ocupam o lugar de cuidadoras e o fazem especialmente para seus filhos, companheiros ou pessoas com quem convivem diretamente.

Além de historicamente ocupar esse lugar de cuidadora na sociedade, ao se tratar da relação de cuidado entre mãe e filho essa responsabilização torna-se ainda mais forte tanto pela proximidade entre eles durante a gestação e nascimento, quanto por se esperar que ela aprenda a atender as necessidades do filho.

Mesmo sendo reconhecida a necessidade da participação de outros componentes da família para uma assistência integral, isso fica restrito à figura materna. É uma contradição que se revela na construção de novas práticas. É necessário que os profissionais consigam superar a defesa de uma inserção presente no discurso e desenvolvam ações e atitudes propositivas para a sua concretização.

Defendemos que a mulher continue sendo a cuidadora principal²³ de seu filho recém-nascido e que a equipe e familiares a reconheçam como tal, construindo com ela condições de se fortalecer nessa relação.

Evidencia-se ainda que os profissionais identificam a presença da mãe e valorizam as estratégias que a garantem; todavia, além de não darem conta de trazer os familiares para participarem da assistência, imputam à mãe toda a carga de responsabilidades e cobranças, que poderia ser dividida com outros membros da família. Observa-se ainda que, ao que os profissionais nomeiam de participação não implica compartilhamento, troca. Mas que se encerra na presença da mãe ao lado do filho sem que sejam buscadas as possibilidades de sua contribuição efetiva no cuidado prestado.

Turfa (P-44 e 45) expressa as dificuldades vivenciadas pelas mães durante a internação, como os conflitos com “*a vida pessoal, as dimensões da vida em ser mãe*” e as cobranças que a equipe faz à essa mulher a partir do que identifica que ela pode oferecer: o leite e a presença 24 horas. Para Turfa (P-44 e 45), o fato de a mãe ter uma infra-estrutura que lhe dá condições favoráveis para permanecer, faz com que a equipe faça juízo de valor negativo sobre as mães que

²³ O cuidador que tem a total ou maior responsabilidade pelos cuidados com determinada pessoa (BARER; JOHNSON, 1990).

não ficam na instituição o tempo todo, *“muitas vezes aquela mãe não é uma mãe boa porque ela não está dormindo aqui, porque ela não está ficando aqui 24 horas.”*

Lupton e Fenwick (2001) corroboram para o entendimento desse discurso que toma a presença constante da mãe como um critério para caracterizá-la como “mãe boa” ou “mãe má”. Em estudo realizado pelas autoras, em dois grandes hospitais da Austrália, que teve como informantes 31 mães de recém-nascidos internados em unidades neonatais e 20 enfermeiras que trabalhavam nesses locais, buscou-se identificar como uma mulher, com o seu filho recém-nascido hospitalizado, constrói e pratica a maternidade. Foram evidenciadas diferenças importantes a partir dos discursos de mães e enfermeiras quanto ao que era considerado “boa mãe”. Os discursos das mães enfatizaram a importância do contato físico com seus filhos e o aleitamento materno, enquanto as enfermeiras privilegiavam a presença e a vigilância das mães na unidade para aprenderem sobre a condição de sua criança e do tratamento.

A presença das mulheres é cobrada sem que se busque conhecer o que as tem afastado da unidade de assistência. Em minha vivência no cotidiano da instituição, pude perceber que se, às vezes, se ausentam para cumprir seu papel de esposa, dona-de-casa e/ou mãe de outros filhos, outras vezes por não suportarem acompanhar o sofrimento de seus filhos durante a internação ou até mesmo por não se sentirem necessárias à recuperação de seus filhos.

Estudos de Caetano, Scochi e Angelo (2005), Dittz (2006), Duarte (2001), Duarte e Sena (2001, 2004) e Reid (2000) também apontam o conflito materno frente a escolha entre permanecer no hospital com seu filho que está internado ou ir para casa, principalmente quando tem outros filhos.

Esse distanciamento do vivido pelas mães e pelos familiares durante a internação dos recém-nascidos fica expresso no discurso de Turfa (P-13) ao reconhecer que *“falta uma forma melhor de comunicar com a mãe, e não só a mãe, com o restante dos familiares.”* Para Ágata (P-7) esse também é um aspecto importante. Após falar da influência que percebe da presença materna para a recuperação do bebê, afirma que a informação pode aproximar pais e profissionais e ainda amenizar o medo que vivenciam com a internação como pode ser verificado em seus próprios dizeres

“O neném percebe muito a presença dos pais, e a gente tem que trabalhar isso. Aproximar mais deste fator... mãe... para não ficar uma coisa tão distante e daí a informação deles. Eles terem mais oportunidade de ter informação, sabe? O medo deles pode ser menor se eles tiverem a informação adequada [...]”.

Ágata (P-7)

Wigert, Johansson, Berg e Hellström (2006) estudaram a experiência de mães que tiveram seus filhos internados em uma UTIN da Suécia, logo após o nascimento. Para isso, 10 mães foram entrevistadas ao completarem um mês, 6 meses e 6 anos após vivenciarem a internação. Os achados das autoras evidenciaram um sentimento materno que alterna entre a exclusão e participação no cuidado com o filho, com predominância da exclusão. Foi verificado que o sentimento de participação materna estava relacionado à existência de diálogo com o profissional que cuidava do recém-nascido.

Os achados da presente pesquisa, apontam para o imprescindível papel dos profissionais, especialmente os técnicos de enfermagem, para aumentar o sentimento de participação das mães no cuidado de seu filho.

O discurso de Orquídea (U-64) é revelador de como pode ser determinada a participação da mãe nos cuidados de seu filho, o que pode ser apreendido a partir do relato de uma situação por ela vivenciada

“Um dia, um domingo que a saturação da minha menina estava caindo, uma enfermeira sabe, ela viu... ela viu que eu fiquei preocupada com a minha menina, e tudo... aí não queria que eu tocasse na minha menininha. Ela foi, arrumou a menina e falou: ‘Você não põe a mão nela mais não, porque a saturação dela está caindo.’ Aí eu fui e fiquei de longe. [...] Aí a minha menina mexia o bracinho e o trem apitava aí ela olhava pra mim com a cara feia. Aí ela foi lá fora e falou com a moça pra me tirar lá de dentro que eu tava atrapalhando. Aí a moça chegou perto de mim e falou assim: ‘Aqui, você não fica perto da sua neném não que ela ta com tudo alto’ como se diz...e ela disse assim... ‘ela não ta nem sabendo que você está aqui não’. Eu senti muito isso.”

Orquídea (U-64)

Ficam claros os limites impostos à presença da mãe na situação relatada. A mãe é vista como alguém sem conhecimento e competência para o cuidado de sua filha ao ter seu toque avaliado pela profissional como inapropriado. À profissional parece ser mais fácil solicitar à mãe que não toque em sua filha do que orientá-la para que o seu toque, além de prazeroso, favoreça a sua recuperação. Ao invés de ser construída uma relação de parceria para o cuidado a essa criança, a mãe é privada de oferecer à sua menina aquilo que só ela poderia oferecer naquele momento.

Os achados de Lupton e Fenwick (2001), também apontam para a tendência dos profissionais de estabelecerem limites, supervisionar as mães e, em alguns casos, reprimí-las ao se colocarem como ‘experts’ no que se refere aos conhecimentos quanto aos cuidados com os recém-nascidos. Para as autoras, ao dificultarem o acesso das mães a seus filhos, os profissionais criam obstáculos à construção dessa relação e para que vivenciem a maternidade.

Em seu estudo, Savage e Conrad (1992) reiteram o cerceamento que as enfermeiras estabelecem ao acesso e interação dos pais com as crianças e que este fato deve-se especialmente aos inúmeros cuidados especializados que são realizados pelas enfermeiras, que as mantêm constantemente próximas aos neonatos.

São evidenciadas situações, como na descrita por Gardênia (U-37), ao falar que faz questão de oferecer a dieta para suas filhas gêmeas. A dieta das crianças ainda era oferecida por sonda gástrica utilizando-se uma seringa para fazer a infusão. Segundo Gardênia (U-37) *“as meninas [técnicas de enfermagem] perguntam se eu quero segurar a seringa para a dieta e eu sempre vou.”*

Esse relato expressa a participação materna mais efetiva durante a internação das crianças, na qual a mãe compartilha com a equipe cuidados que podem ser realizados por elas. Outros autores como Franck e Spencer (2003), Bruce e Ritchie (1997) e Scharer e Brooks (1994) identificaram uma participação da mãe nos cuidados com seus filhos e que, sempre que possíveis, essas ocasiões eram muito valorizadas pelas mães.

5.4 POSSIBILIDADES NA VIDA DO NEONATO E SEUS MODOS DE SER NA VIDA

Os discursos são reveladores das possibilidades na vida do recém-nascido construídas pelos pais e pelos profissionais ao projetarem seu futuro ou

mediante situações concretas que apresentam sobre como poderá ser a vida dessas crianças. Essas possibilidades transitam entre o desejado pelos pais e profissionais acerca da evolução dos bebês e os limites impostos por sua clínica.

Em seus discursos, os informantes revelam comparações entre a condição de saúde do recém-nascido assistido e a normalidade esperada e as determinações que as patologias desses neonatos podem ter em suas vidas. Enfim, os informantes concentram-se nas diferenciações entre o que se considera normal e patológico e as implicações dessas condições nos seus “*modos de andar a vida*”.

Depreende-se dos discursos das mães e dos pais informantes uma preocupação que vai além de entender o que está acontecendo com o seu filho e, nesse movimento, os pais criam novas expectativas e projetam novas realidades e talvez, novos *habitus* na relação entre mãe, filho e família para lidar com a situação de internação que se apresenta.

Papoula (U-5) retrata os projetos construídos para a vida de seu filho por intermédio de desenhos e colagens. Inicia sua descrição falando do quarto que desde a gravidez é preparado para o bebê e a ansiedade para sua chegada. Em seguida, descreve uma criança já crescida tentando apanhar uma fruta em uma árvore. Papoula (U-5) reforça a importância de uma casa com espaço para a criança brincar por desejar usufruir desse espaço quando sua criança sair da UTIN.



Mesmo Papoula (U-5) já tendo dado à luz, pode-se evidenciar a partir de sua descrição, que ela ainda continua com a expectativa da chegada do bebê no quarto para ele preparado expressando a permanência de um desejo mesmo com a internação de seu filho na UTIN. Apreende-se ainda que, mesmo frente à situação de ter o seu filho internado, Papoula não se intimida e projeta uma vida normal para sua criança após a alta, demonstrando a crença que tem em sua plena recuperação. É importante ressaltar que essa é a criança da descrição da observação de campo cujos pais recebiam a notícia da possibilidade de traqueostomia²⁴.

Os profissionais, ao falarem das possibilidades do recém-nascido, acabam atrelando-as aos resultados obtidos com seu trabalho, podendo representar o sucesso ou insucesso. Topázio (P-40) relata que ela busca “*promover a alegria, a vida, a criança, a família*” por isso, sempre que se encontra com alguma das crianças a quem tenha assistido sente-se “*vitória [...] ao ver que tudo o que fez não foi em vão, porque no fim, a cura, é o que a gente quer ver na UTIN*”. Assim como Topázio (P-40), Pérola (P-34) fala das oportunidades que tem tido de se encontrar com crianças cuidadas na UTI e sem sequelas, que “*levam uma vida saudável sem limitações e se integram à sociedade*” o que para ela confirma a possibilidade de neonatos cada vez menores sobreviverem com qualidade de vida.

Entretanto, Ametista (P-27) e Turmalina (P-17) reconhecem que, apesar de desejarem que a criança volte saudável para a sua família, isso muitas vezes não ocorre. Turmalina considera difícil lidar com essa situação.

Observa-se que, sob a ótica dos profissionais, as possibilidades na vida do recém-nascido guardam estreita relação com os cuidados recebidos durante a internação, mesmo sabendo que vários fatores não ligados à atuação da equipe

²⁴ Vide relato na página 116

também interferem no prognóstico, incluindo os que lhe são intrínsecos. Mesmo vivenciando essa realidade, apreende-se do discurso dos informantes, uma limitação da equipe em conviver com os resultados desfavoráveis.

Assumindo a dinamicidade das variáveis que interferem no prognóstico do recém-nascido de risco e, por conseguinte, a dificuldade de precisar a variável que de fato teve maior peso para um resultado insatisfatório, poder-se-ia esperar uma postura mais indulgente dos profissionais frente aos desfechos desfavoráveis; entretanto, um trabalho atrelado à busca constante da cura parece colaborar para torná-los pouco tolerantes ao que foge ao esperado.

As *condições crônicas*²⁵ para as quais podem evoluir os neonatos durante a sua internação se conformam em uma das possibilidades de vida dessas crianças. Para exemplificar, Água Marinha (P-72) relata um fato ocorrido com uma criança internada na unidade desde o nascimento que apresentava seqüela neurológica, estava em ventilação mecânica e que já se encontrava com um ano de idade. Água Marinha (P-72) refere que a equipe se organizou e montou uma estrutura para que a criança pudesse conhecer o seu quarto montado em sua casa e aproveitar para comemorar o aniversário com a família. Em sua opinião, isso foi possível porque a equipe reconheceu o que essa criança precisava naquele momento, sem se preocupar com a sua seqüela. Para Água Marinha (P-72), na neonatologia “*a criança é tratada muito em função do que ela vai ser e não do que ela é naquele momento*”, e acrescenta que isso ocorre sem que seja considerado que o seu futuro pode ser determinado pelas intervenções que recebe.

²⁵ Caracterizadas por início de manifestação geralmente gradual, uma duração superior a três meses, as causas são múltiplas e mudam ao longo do tempo, o diagnóstico e o prognóstico são usualmente incertos, o resultado não é a cura e sim o cuidado, as incertezas estão muito presentes e o conhecimento deve ser compartilhado por profissionais e usuários de forma complementar (MENDES, 2002).

Ágata (P-56) expressa que a assistência aos neonatos que evoluem com quadros crônicos deve ser oferecida independente do futuro que terão. Para Pérola (P-75) essas crianças “*não terão uma vida lá fora, dentro da limitação que têm*”, mas manifesta a necessidade de se oferecer o que houver de melhor enquanto estiverem internadas.

Apesar das limitações relatadas pelos profissionais, informantes nesse estudo, para lidarem com as crianças crônicas, pode-se apreender, do discurso de Gardênia (U-19) a importância de que se busquem formas de superá-las ao reconhecer que uma intervenção “*que para a gente pode parecer muito simples, para eles [recém-nascido] é muito grande*”.

Depreende-se desse discurso a subjetivação existente quanto ao ato cuidador, na medida em que a mesma ação pode ser boa ou ruim, necessária ou não, se vista a partir da singularidade de cada um que a recebe. Ao serem cuidados, a mãe e o recém-nascido, dão sentidos aos atos cuidadores reafirmando que a busca por ações de cuidado que expressem práticas desejáveis não deveriam ser feitas sem a inclusão dos interessados.

Não se pode deixar de levar em conta que crianças em condições crônicas como as mencionadas e com as perspectivas apresentadas também serão preparadas para ir para casa exigindo a construção de uma rede social efetiva, tendo em vista que as necessidades do recém-nascido e de sua família vão muito além dos dispositivos que os serviços de saúde disponibilizam hoje para a população, demandando a interveniência da assistência social. Assistir essas crianças e suas famílias, construindo com elas a vida possível fora do hospital, pode interferir no cuidado realizado e conseqüentemente em sua forma de continuar a vida após a alta hospitalar.

Na tentativa de favorecer a inserção desse recém-nascido na sociedade, dentre outros objetivos é que a instituição estudada tem apostado em algumas iniciativas que visam tanto preparar a mãe para os cuidados com o seu filho após a alta quanto oferecer-lhe condições para que permaneça em casa com ele. Dentre elas, podemos citar a Casa de Sofias, o Programa de Internação Domiciliar Neonatal (PID-NEO), o ambulatório para acompanhamento desses recém-nascidos e as articulações com a rede de atenção à saúde, especialmente as unidades básicas às quais as crianças pertencem. Entretanto, identifica-se a necessidade de que o trabalho seja realizado em uma perspectiva inter-setorial, que poderá atender às necessidades e garantir os direitos desse neonato e da sua família, os quais não se limitam a necessidades de saúde. Devem ser ampliados para as áreas de educação, assistência social, habitação e transporte, dentre outros.

O discurso dos profissionais apresentam a vida futura do neonato adistrita à sua condição de saúde ou de doença enquanto os pais, mesmo reconhecendo as limitações de seus filhos, ainda conseguem planejar suas vidas. Os profissionais se mantêm no constatável e no espaço assistencial. Os pais se sustentam nas possibilidades, nos desejos e nos projetos de uma vida fora do hospital.

As maneiras como pais e profissionais concebem o que seria o 'normal' e igualmente o 'patológico', podem ser determinantes sobre as formas de cuidar, interagir, vivenciar a internação e engendrar suas existências.

Ao discutir sobre o normal e o patológico, Canguilhem (2006, p.135) defende que

o normal não tem a rigidez de um fato coercitivo coletivo, e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais, é claro que o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso.[...] a fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerada sucessivamente.

Além de considerar a importância do vivido individualmente para se determinar se a condição dos indivíduos é normal ou patológica é necessário que se avalie a capacidade do indivíduo de se renormatizar frente as adversidades da vida. Nessa perspectiva, o autor atribui à doença uma nova norma de vida, mesmo que com menores possibilidades de transformá-la em outra nova norma. É nesse processo de renormatização, na constante inter-relação de si com o mundo que são criados e partilhados novos *habitus*.

Mais adiante Canguilhem (2006, p. 151) acrescenta

Em última análise, podemos viver, a rigor, com muitas malformações ou afecções, mas nada podemos fazer de nossa vida, assim limitada, ou melhor, podemos fazer sempre alguma coisa, e é nesse sentido que qualquer estado do organismo, se for uma adaptação a circunstâncias impostas, acaba sendo, no fundo, normal, enquanto for compatível com a vida.

Os profissionais utilizam parâmetros da coletividade, da cientificidade e do que têm vivenciado em sua vida profissional, para considerarem o neonato normal ou anormal. Canguilhem (2006) reforça essa acertiva ao defender que os médicos trabalham na perspectiva da cura, que seria voltar para a norma alguma função ou organismo que tenha se afastado dela, tomando as características médias e mais frequentes de casos observados para designar essa norma. Para o autor, a cura é acompanhada de perdas importantes e também do reaparecimento de uma nova ordem individual que é evidenciada para além do corpo, que é capaz de “(...) *julgar o que é normal ou patológico para esse mesmo corpo.*” Canguilhem (2006, p.151).

Os pais, por sua vez, se concentram no que percebem em seu filho e como ele se comporta ao longo de sua internação. Percebem assim que, mesmo em

condição crônica e internadas, suas crianças mantêm a dinâmica da vida, guardadas as diferentes intensidades.

Nesse processo de renormalização, na constante inter-relação de si com o mundo é que são criados e partilhados novos *habitus* que permitem aos pais e familiares vislumbrarem modos de ser de seus filhos na vida.

5.5 OS DESAFIOS DA EQUIPE PARA A CONSTRUÇÃO DOS SENTIDOS DE INTEGRALIDADE

Os discursos dos profissionais revelam como constroem a assistência ao recém-nascido. Evidenciam as contradições presentes nesse cotidiano entre aquilo que acreditam e o que de fato realizam. Ao desnudarem essa realidade, os profissionais apontam caminhos para a construção de uma assistência coerente com o que poderá contribuir para a construção da integralidade.

O conjunto dos dados obtidos na oficina e na observação de campo permite apreender que a busca pela integralidade orienta os profissionais para a construção e a reconstrução de sua prática. É essa potência para a mudança da realidade contida na busca por uma assistência integral, que leva Mattos (2001) a considerá-la uma imagem-objetivo.

Para expressar sua visão da instituição e da assistência prestada, Esmeralda (P-12) fez uma colagem na qual utiliza a imagem de duas faces idênticas, só que uma delas foi toda recortada. Os recortes em uma das figuras foram feitos propositadamente e agrupados à semelhança de um quebra-cabeça remontando-a, a qual aparece ligada a um balão simbolizando um pensamento e, dentro dele, encontra-se a outra figura inteira.

Os profissionais expressaram incômodo durante sua apresentação, chegando alguns até mesmo a dizer que não concordavam e que ela estava sendo radical em suas colocações. No entanto, com o desenrolar do debate, pôde-se observar que os participantes, em muitos momentos, se reportaram à fala de Esmeralda e que ela foi um importante disparador para a discussão acerca da assistência oferecida e a construção da integralidade no cenário do estudo.



Esmeralda explica essa construção dizendo que intencionalmente colocou as duas imagens, só que uma é articulada e a outra não. Para ela, a imagem que simboliza a articulação só é possível de ser visualizada na assistência e que, no cotidiano, não é assim que as coisas acontecem visto que identifica a existência de duas instituições, *“a que a gente apresenta, que a gente acredita, e a que a gente vive no cotidiano da nossa prática.”* Pérola (P-87) concorda com Esmeralda e fala do conflito que vivencia ao se deparar com situações que lhe mostram as diferenças entre o que ela concebe e a realidade do seu trabalho.

Esmeralda (P-10) utiliza algumas situações que vivencia em seu cotidiano para ilustrar o que a leva a identificar essas duas instituições, como a sua percepção de categorias profissionais bem articuladas entre si, mas com limitações para

desenvolver projetos em comum com outras categorias para um trabalho multiprofissional. Exemplifica essa situação com a passagem de plantão

“Eu vejo no cotidiano, por exemplo, passagem de plantão. Como que ela acontece? Como que isso é articulado? Quem participa? E pra mim a passagem de plantão é um disparador de ações, é ali que você vai determinar uma serie de coisas que vai acontecer o dia inteiro, então às vezes os técnicos não tem a possibilidade de manifestar. A mãe está ausente e a equipe supõe que a mãe tá tendo dificuldade e às vezes a psicologia tem uma resposta pra isso, a Terapia Ocupacional por estar mais perto às vezes tem uma resposta pra isso. Isso influencia até a forma como a equipe vai ver essa mãe e vai lidar com ela.”

Esmeralda (P-11)

A situação apresentada por Esmeralda (P-11) pôde ser constatada na observação de campo, quando da discussão clínica dos casos.

“08:20 hs- Observo a discussão clínica dos casos dos bebês internados na UTI 2. Estão assentados em uma pequena sala a fisioterapeuta responsável pela unidade, a enfermeira, a plantonista médica e a coordenadora médica. A coordenadora vai falando de cada uma das crianças os aspectos referentes ao aparelho circulatório, respiratório e digestivo, objetivando sempre intercorrências, condição atual e terapia a ser utilizada. Vez ou outra um dos profissionais presentes contribuem com alguma informação relacionada a parâmetros ventilatórios, peso, posição de acesso venoso, tolerância à dieta e exames laboratoriais. As informações e a programação das condutas são registradas em um impresso e em um quadro branco afixado na sala. Os profissionais ficam atentos e as informações oferecidas são bem objetivas.”

Diário de Campo (12/09/2006, p. 73-74).

A partir do discurso de Esmeralda (P-11) e das observações de campo, verificam-se condições que podem ser entendidas como favorecedoras de uma prática integralizadora como a disponibilidade de profissionais para a discussão dos casos e a passagem de plantão. No entanto, isso não é garantia de que esse coletivo de trabalhadores guiam o seu trabalho no sentido da defesa da vida, do

fortalecimento dos coletivos e da valorização desses espaços para a produção de novas práticas de saúde.

Canguilhem (2006) defende que o ser humano possui a capacidade de criar e de instituir novas normas em sua relação com o que é por ele experienciado. Por essa sua capacidade de renormalização, consideramos as possibilidades e a necessidade de um fazer no qual sejam pensadas e colocadas em prática novas formas de trabalho e de gestão que produzam a integralidade.

Uma prática limitada depreende-se do discurso de Esmeralda (P-11) e é constatada na observação de campo ao evidenciar a passagem de plantão como uma ferramenta de trabalho do coletivo de trabalhadores que ainda é utilizada basicamente na perspectiva de um tipo de ação já consolidada. Ação com orientação na patologia e, portanto, insuficiente à construção de uma prática guiada pela integralidade.

Para Louzada, Bonaldi e Barros (2007) uma integralidade pensada, para além das garantias constitucionais, que não seja restrita ao acesso e à permanência do usuário nos serviços de saúde mas que se traduza como um lugar de encontro entre diferentes agentes criando novas normas de vida e novos serviços de saúde trazem a necessidade das

microgestões de saberes e fazeres frente às normas antecedentes²⁶ e aos valores dimensionáveis²⁷. Essas normas antecedentes e os valores dimensionáveis marcam o trabalho em saúde [...]. Cada ator ressignifica as normas antecedentes e os valores dimensionáveis. Cada um escolhe, o que não significa solidão do agir, uma vez que essa escolha está pautada nas normas antecedentes que são produção coletiva. Reinventa os códigos, em nome de valores não-prescritivos, não-dimensionáveis.²⁸

(LOUZADA; BONALDI; BARROS, 2007, p. 44-45).

²⁶ “procedimentos, protocolos, formas de ação já consolidadas, não levam em conta as especificidades locais ou temporais.” (LOUZADA; BONALDI; BARROS, 2007, p.44).

²⁷ São aqueles que podem ser quantificados, remetem aos números e às avaliações, ignorando as microgestões (SCHWARTZ, 2005).

²⁸ Valores não-dimensionáveis são entendidos como aqueles que se relacionam ao “bem-comum”, preso às situações da vida (singulares/históricas) (SCHWARTZ, 2005).

Nesse sentido, o que defendemos aqui é um trabalho a ser desenvolvido pela equipe de trabalhadores que assiste o recém-nascido e sua família na UTIN que, mesmo em espaços micro como a passagem de plantão, gestionem o seu trabalho a partir dos valores dimensionáveis e não dimensionáveis.

Cristal (P-35) concorda com a existência da fragmentação expressa por Esmeralda e acredita que a assistência integral é buscada e que têm ocorrido progressos nesse sentido. Para Ametista (P-28), essa fragmentação é vista também entre diferentes setores da instituição e se deve às falhas na comunicação.

Para a realização do trabalho de diferentes grupos de profissionais, Louzada, Bonaldi e Barros (2007) afirmam que diferentes aspectos caracterizam as situações de trabalho nas quais os indivíduos operam com objetos de trabalho, procedimentos e finalidades do trabalho. Tomando a cooperação como central para a tomada de decisões no trabalho em saúde, as autoras consideram que “*é necessário convergir diferentes experiências para uma produção do cuidado, que seja comum, amparada na mesma referência ética.*” (LOUZADA; BONALDI; BARROS, 2007, p. 50).

Mesmo com a busca de uma forma de gestão por linhas de cuidado adotada pelo cenário do estudo, vista como viabilizadora da atenção integral (MADEIRA; DUARTE, 2006; DUARTE; DITZ; MADEIRA; LOPES, 2006), verifica-se uma fragmentação que é explicada por Ametista (P-28) pela “*falha na comunicação*”. Apesar de os arranjos das estruturas em linhas de cuidado buscarem uma horizontalidade, isso não se reflete na sintonia do agir dos profissionais com vistas a uma atenção integral.

Pérola (P-87) acredita que se encontram em um processo de construção e que perceber que *“não é tudo lindo e maravilhoso, traz um conflito dentro da gente.”*

Ao falarem dos conflitos vivenciados pelos profissionais e da identificação de necessidade de mudança, invariavelmente abordam os aspectos relacionados à família, principalmente a inserção na unidade assistencial e a sua relação com a equipe. Em seu discurso, Turfa (P-46) expressa que acredita na existência de uma ligação entre a mãe e a equipe, ainda que haja falha na comunicação e, às vezes, a mãe não seja considerada. Turfa (P-46) prossegue dizendo que a necessidade da permanência da mãe junto a seu filho é reconhecida, e para isso estratégias como a Casa de Sofias foi adotada. Para a informante, a construção da Casa de Sofias requer um grande investimento, inclusive financeiro, e que foi feito por se acreditar na importância da presença constante da mãe junto ao seu filho. No entanto, ações que dependeriam da atitude do profissional que assiste o recém-nascido, como a escuta à fala de uma mãe sobre a barriga de seu filho, cujas alterações mínimas lhe são perceptíveis exatamente por estar vigilante a seu lado, muitas vezes não ocorre. A escuta não é valorizada como ferramenta assistencial.

Para Turfa (P-46) a insuficiente consideração quanto à percepção materna pode ser observada na passagem de notícias na qual a mãe não é escutada e, por outro lado, também ela mesma não acredita que tem esse poder de troca e de contribuição.

Turmalina (P-52) concorda com os dizeres de Turfa e questiona se, de fato, a mãe está inserida no hospital. Isso porque percebe que os profissionais não toleram quando a mãe faz algum comentário referente à assistência recebida menosprezando o seu olhar e a sua capacidade de olhar para o seu filho pelo fato

de não ter estudado para isso. Revela ainda que é valorizada a presença materna no hospital, sem que seja feita uma articulação e um esclarecimento aos familiares quanto à importância, o que dificulta para que ela conte com o apoio deles.

Os discursos de Turfa (P-46) e Turmalina (P-52) reforçam um lugar materno externo ao que acontece no cotidiano da assistência, muitas vezes limitado ao papel de receptora de informação. Depreende-se desses discursos a prática de profissionais que não consideram a alteridade materna. Um outro que a partir do diálogo e de sua crítica pode modificar a si, ao profissional, ao seu fazer e a qualidade da assistência.

Destacamos, do discurso de Turmalina (P-52) uma perspectiva interessante de participação da família e que merece ser considerada se defendemos a mãe como a pessoa central no cuidado a seu filho e as limitações para um fluxo constante de pessoas dentro da UTIN. Fluxo esse a ser avaliado tendo em vista o processo de trabalho aí desenvolvido, as características do ambiente e as condições de saúde do recém-nascido assistido. Na percepção de Turmalina (P-52) não há uma articulação com a família para que a mãe possa permanecer no hospital. Dessa maneira, a participação de outros membros da família poderia ocorrer sem que estivessem necessariamente dentro do hospital e recebendo informações. A participação poderia ser concretizada ao visualizarem a possibilidade que têm de contribuir para um melhor cuidado às suas crianças, criando condições favoráveis para que a mãe fique junto de seu filho. Esta pode ser uma forma de participação da família: criar condições para que a mãe possa ficar no hospital com o seu filho durante a sua internação.

Uma aproximação dos profissionais da realidade das famílias, escutando-as e auxiliando-as a construírem realidades concretas para apoiarem a estas

mulheres para o cuidado a seus filhos, deve ser compreendida como uma prática a ser sistematizada na construção da integralidade.

O discurso de Esmeralda (P-14) revela que as ações que favorecem a participação da mãe e familiares no cuidado ao neonato ainda acontecem de forma pontual não estando incorporadas ao cotidiano da assistência. Para Esmeralda, o fato de a mãe estar na instituição 24 horas por dia não quer dizer que ela foi incluída na assistência e que, na verdade, essa inclusão acaba acontecendo quando os profissionais identificam a necessidade do seu envolvimento em situações específicas e relata um fato ocorrido para exemplificar as suas afirmativas

“Hoje por exemplo, nós reunimos todas as mães para falar sobre aleitamento materno porque tá mudando a rotina da UTI. Nessa hora ela é parte integrante, mas em outros momentos de descongelar o leite e não descer com a fórmula, nem sempre ela é considerada, o esforço dela de tirar o leite, porque a gente tá com pressa, tem que descongelar o leite, tem que passar dieta... entende?”

Esmeralda (P-14)

Água Marinha (P-2 e 5) expressa que, mesmo com a presença constante da família na unidade assistencial, há necessidade de aproximar a família e a equipe e para ela a base para isso seria a informação. No seu entendimento essa aproximação facilitaria a assistência e a compreensão da família acerca do que acontece com o recém-nascido. Entretanto admite que o dia-a-dia da assistência dificulta isso: *“(...) é tanta coisa que às vezes nós temos que fazer...Então a dinâmica do serviço acaba empurrando a gente pro lado contrário, eu acho que a gente teria que se aproximar”*. Para Água Marinha um desafio que se impõe é trabalhar a relação entre família e equipe.

Depreende-se, do discurso de Cristal (P-37) a necessidade de o profissional olhar com mais atenção para a família. Para ela, isso seria a partir da

ação de cada profissional ao se propor a construir uma assistência integral. Para Turmalina (P-77) muitas vezes o profissional tem o impulso de parar a sua ação ao se deparar com algo novo e diferente. Entretanto, ela acredita que, na instituição, por mais que seja difícil, *“há espaço para o diálogo, o espaço para fazer algo diferente”*

Os discursos evidenciam a construção da integralidade com fortes determinações do agir dos profissionais reforçando a premissa de que ela só se concretiza na prática. Não basta ser formulada. Essas afirmativas são mais veementes se tomamos a realidade do cenário de estudo. Nele há uma política institucional que é detonadora de estratégias propositivas de integralidade. Mas elas são insuficientes quando não atreladas a um pensar, um fazer, um sentir e a um ser de cada um dos profissionais.

O discurso de Esmeralda (P-29) é revelador da necessidade de os profissionais continuarem avançando na construção do cuidado em que acreditam. Avalia que não devem parar pelo fato de a instituição ser uma referência quanto à qualidade da assistência oferecida ao ser comparada com outros hospitais. Em seu entendimento, é necessário olhar para o seu próprio trabalho e, a partir dele, identificar as necessidades de mudança.

Deve-se considerar que as necessidades de avanços identificadas pelos profissionais e outras sinalizadas neste estudo e noutros realizados na instituição, devem-se às inúmeras apostas já feitas e que modificaram a realidade e apontaram novas necessidades de mudanças. Se os discursos de profissionais evidenciam como premente a inclusão da mãe no cuidado a seu filho é porque fazem parte de uma instituição que já reconheceu o direito da mãe de permanecer junto ao seu filho e oferece-lhe infra-estrutura para isso. Expressam uma necessidade a partir de

situações concretas nas quais a atenção oferecida é constantemente posta à prova quanto as suas possibilidades de materialização da integralidade. Em larga medida, isso se deve à abertura para a construção de novas realidades ou o “*espaço para fazer algo diferente*”, se tomamos os dizeres de Turmalina (P-77), o que traz em si a necessidade de que sejam cotidianamente interrogadas as práticas nos serviços de saúde.

6 Produzindo vidas: “*O Sofia que a gente vive*” e o “*Sofia que a gente apresenta*”

Este estudo buscou apreender, a partir da prática dos profissionais que assistem o recém-nascido na UTIN, os elementos que garantem a integralidade do cuidado.

A pesquisa evidenciou as potencialidades da prática dos profissionais orientada pelo sentido de integralidade, reafirmando a importância do trabalho em equipe e permitindo apreender os atos de saúde que materializam a integralidade ou que a impossibilitam.

Quando entendidos como integradores, os atos de saúde não ocorreram nos limites circunscritos pela doença; eles foram produzidos com valorização das subjetividades, utilização de tecnologias apropriadas para o cuidado, orientados por valores compartilhados pela equipe como a proteção da vida e partindo das necessidades de saúde expressas pelo recém-nascido e por sua família. As situações nas quais não foram possíveis deveram-se principalmente à preponderância de alguns aspectos que historicamente caracterizam a UTIN quais sejam a valorização da terapêutica e do diagnóstico, da recuperação do corpo biológico e o não reconhecimento da mãe como a cuidadora principal do neonato.

Os participantes permitiram evidenciar que o direcionamento do cuidado a partir das necessidades do recém-nascido faz com que ele seja um disparador de ações a serem realizadas que acabam por se estender também a sua família, principalmente à mãe.

As necessidades expressas pelos usuários, informantes nas Oficinas, são de apoio para enfrentar a condição de ter um filho internado na UTIN e para permanecer na Instituição e participar efetivamente no cuidado com a criança e ainda do diálogo com a equipe acerca da evolução do bebê. Contudo, mesmo a equipe reconhecendo a importância da participação da mãe, verifica-se que ela se restringe mais à presença materna na Unidade sem que sejam construídas possibilidades de compartilhamento entre a mãe e a equipe sobre o que acontece ao recém-nascido e sobre os cuidados a serem realizados. Nessa perspectiva de participação materna que foi evidenciada deve-se considerar a oportunidade de empoderamento da mãe para uma crescente realização de cuidados com seu filho.

Mesmo com as limitações das ações das mães e dos pais na Unidade assistencial, verifica-se que a presença lhes ensina e aos profissionais desafiando-os e modificando tanto os atos de saúde realizados pelos profissionais quanto as relações mãe-equipe e no interior da própria equipe. Isso nos permite afirmar que essa presença ressignifica o ambiente assistencial e o cuidado oferecido e amplia as demandas desse cuidado. É uma presença que modifica as relações e produz um tensionamento com a equipe. É uma situação que precisa ser constantemente examinada e avaliada com necessidade de mediação para que a potência dessa tensão seja tomada para a produção de outros sentidos de integralidade no cuidado ao recém-nascido.

Se os dados da pesquisa parecem evidenciar que a presença da mãe modifica as relações e o ambiente na UTIN, isso impõe um constante repensar e replanejar do trabalho dos profissionais exigindo mais da equipe de saúde. Isso torna necessário propor estratégias para que os profissionais também se sintam apoiados e consigam atender às demandas do recém-nascido e de sua família.

Verifica-se que a equipe percebe a decisão política institucional de construir uma atenção integral ao recém-nascido, o quanto essa construção pode favorecer o cuidado e permite que o seu trabalho seja dinamizado pelo cotidiano da UTIN produzindo avanços importantes na qualidade da assistência oferecida. Contudo faz-se necessário que seja evidenciada a eficácia dessas práticas cuidadoras.

Os participantes, a partir de seus olhares, permitiram-nos aproximar da realidade da assistência ao recém nascido na UTIN do cenário do estudo, e fizeram com que se evidenciassem os desafios que surgiram dessa construção e que são indicativos das superações a serem empreendidas pela equipe para a construção da integralidade como o aperfeiçoamento da comunicação profissional-profissional e profissional-mãe, estratégias apoiadoras para a equipe, articulação do trabalho entre os diferentes profissionais e entre os diferentes pontos de atenção, utilização da presença da família na Unidade e de sua observação privilegiada para a construção de práticas de saúde integrais e construção, com a família e a rede de atenção à saúde, de possibilidades para que essas crianças possam ir para casa considerados os seus modos de ser na vida.

A superação desses desafios permite-nos construir novas realidades no “Sofia que a gente apresenta” e no “Sofia que a gente vive”. “O Sofia que a gente apresenta” é a expressão do que é aí produzido e o “Sofia que a gente vive” é o que cria os sentidos de integralidade e revela os desafios que ajudam a continuar produzindo vidas.

REFERÊNCIAS

AFONSO, M.L.M. (Org). *Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. 171 p.

AGUIAR, Z.M.; XAVIER, C.C.; TARTÁGLIA, D. Alojamento Conjunto I: porque a assistência à parturiente e a seu filho no sistema alojamento conjunto?. *Rev. CEPECS*, Belo Horizonte, n. 2, p. 17-20, dez. 1984.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, p. 5-23, 1997.

AMARAL, M.A.; FONSECA, R.M.G.S. Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, v. 40, n. 4, p. 469-76, 2006.

ANGELO, M. *Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem*. 1997. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

ARANHA E SILVA, A.L. *Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial*. 2002. 310 f, Tese (Doutorado).- Escola de Enfermagem , Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

ARENDT, H. *Responsabilidade e Julgamento: escritos morais e éticos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004. 375p.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução de práticas em saúde. *Interface Comun, Saúde Educ.*, v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2003/fev. 2004.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARER, B.; JOHNSON, C. A critique of caregiving literature. *Gerontologist*, Washington, v. 30, n. 1, p. 45-9, 1990.

BARRIENTOS, D.M.S. *Mulher e saúde: dialetizando o trabalho da enfermagem ambulatorial*. 2002. 182 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2002.

BARROS, M.E.B. Avaliação e formação em saúde: como romper com uma imagem dogmática do pensamento? In: PINHEIRO,R.; MATTOS,R.A. (Org.) *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p 261-288.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SMSA/SUS-BH nº 003/2005 de 1º de fevereiro de 2005. Dispõe sobre o credenciamento do hospital

para a realização da internação domiciliar no SUS/BH. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, 3 fev. de 2005.

BIALOSKURSKI, M.M.; COX C.L.; WIGGINS R.D. The relationship between maternal needs and priorities in a neonatal intensive care environment. *J. Adv. Nurs.* Oxford, v. 37, n. 1, p. 62-69, 2002.

BOURDIEU, P. (Org.) *A miséria do mundo*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1998. 746 p.

BOURDIEU, P. *Campo de poder, campo intelectual: itinerário de un concepto*. Buenos Aires: Montessor, 2002. 127p. (Colección Jungla Simbólica).

BRAGA, P. P. *Cuidado, trabalho e diálogo: as interações na construção da integralidade do cuidado ao recém-nascido internado em UTI*. 2006. 104 f . Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 569. Brasília. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 ago. 2000. Seção. 1, p. 4. (a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 356 Brasília. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 set. 2000. Seção. 1, p. 18. (b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 985. Brasília. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 ago. 1999. Seção. 1, p. 51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 196/96 Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 out. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da criança e do adolescente*. Brasília, 1991.

BRASIL. Constituição (1988) *Constituição da República Federativa do Brasil*., 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. 292 p

BRAZELTON, B.T. *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. 208 p. (Biblioteca de artes médicas)

BRUCE, B.; RITCHIE, J. Nurses' practices and perceptions of family-centered care. *J. Pediatr. Nurs.*, Philadelphia, v. 12, n. 4, p. 214-22, 1997.

BRUNS, D.A.; MCCOLLUM, J.A. Partnerships between mothers and professionals in the NICU: caregiving, information exchange, and relationships. *Neonatal Netw.* , San Francisco, v. 21, n. 7. p. 15-22, nov./dez. 2002.

BUARQUE, V.; LIMA, M.C.; SCOTT, R.P.; VASCONCELOS, M.G.L. O significado do grupo de apoio para a família de recém-nascidos de risco e equipe de profissionais na unidade neonatal. *J. Pediatr. (Rio de J.)*, Rio de Janeiro, v. 82, n. 4, p. 295-301, 2006.

CAETANO L.C.; SCOCHI C.G.S.; ANGELO M. Vivendo no método canguru a tríade mãe-filho-família. *Rev Latinoam Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 14, p. 562-8, jul./ago. 2005.

CAMPOS, G. W. S. *Reforma da reforma*. São Paulo: Hucitec, 1992. 220 p.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, p. 863-870, out./dez, 1998.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-66.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. 293 p.

CAREGNATO, R.C.; MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo. *Texto e Contexto Enferm*, Florianópolis, v.4, n.15, p.679-684, out/dez, 2006

CARNEIRO, F.; AGOSTINI, M. Oficinas de reflexão: espaço de liberdade e saúde. In: AGOSTINI, M.; D'ACRI, V. (Org.). *Trabalho feminino e saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1999. p.53-83.

CARVALHO, L.C.; CHAGAS, M.S.; PONTES, A.L. *A atenção domiciliar no município do Rio de Janeiro*, 2007. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/rio_de_janeiro.pdf>. Acesso em: 15/06/2007

CARVALHO, L.C.; FEUERWERKER, L.C.M; MERHY, E.E. *Disputa de planos de cuidado na internação domiciliar: uma reflexão necessária*. 2007. Folheto.

CECCIM, R.B.; GUIMARÃES, A.R.; KLAFKE, T.E.; LENZ, F.L. Autogestão no trabalho com/em equipes de saúde: estudantes agindo no Sistema Único de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.; BARROS, M.E.B. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 179-204.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde p.113-126. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R.A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ- CEPESC-ABRASCO, 2001. 180p.

CECÍLIO, L.C.O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v 4, n.2, p. 315-29, 1999.

CECÍLIO, L.C.O.; MATSUMOTO, N.F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; MATTOS, R.A. (Org.) *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Educ: IMS/UERJ: CEPESQ, 2006. 112 p.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2003. p. 197-210.

CHEPTULIN, A. *A dialética materialista: categorias e leis da dialética*. São Paulo, Alfa-Omega, 1982. 354p.

CICOUREL, A. Teoria e método em pesquisa de campo. In: GUIMARÃES, A.Z. (Org.) *Desvendando Máscaras Sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990

CONE JR, T.E. Perspectives in neonatology. In: SMITH, G.F. ; VIDYASAGAR, D. (Ed.). *Historical review and recent advances in neonatal and perinatal medicine*. [S.l.]: Mead Johnson Nutritional Division, 1980. v.1.

DITZ, E.S. *A vivência da mulher-mãe no alojamento materno durante a internação do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. 2006. 134f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina,

DUARTE, E.D. “Agora eu me sinto como uma mãe de muito tempo”: a mulher que realiza o cuidado mãe canguru. 2001. 154f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

DUARTE, E.D.; DITZ, E.S.; MADEIRA, L.M.; LOPES, T.C. A experiência do Hospital Sofia Feldman na construção da rede serviço-ensino no contexto da saúde perinatal. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; MATTOS, R.A. (Org.). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Educ: IMS/UERJ: CEPESQ, 2006. p.333-45.

DUARTE, E.D.; SENA, R.R. Cuidado mãe-canguru: relato de experiência. *REME Rev. Min. Enferm.*, Belo Horizonte, v. 5, n. 1/2, p. 86-92, jan./dez. 2001.

DUARTE, E.D.; SENA, R.R. Experiência de mulheres no desenvolvimento do método canguru. *REME Rev. Min. Enferm.*, Belo Horizonte, v. 8, n. 4, p. 436-41, out./dez. 2004.

DEWALT, K.M.; DEWALT, B.R. Participant Observation: a guide for fieldworkers. Altamira, 2001. 288 p

FONSECA, R.M.G.S. Oficina de Trabalho como método de intervenção em educação para a saúde. Anotações de oficina realizada em Belo Horizonte, 2006

FRANCK, L; SPENCER, C. Parent visiting and participations in infant caregiving activities in a neonatal unit. *Birth*, United States, v. 30, n. 1, p. 31-5, Mar. 2003.

FREIRE, P. O povo diz a sua palavra ou a alfabetização em São Tomé e Príncipe. In: FREIRE, P. A importância do ato de ler: em três artigos que se complementam. 23 ed. São Paulo: Cortez, 1989. p. 22-49.

GALASTRO, E.P.; FONSECA, R.M.G.S. A identidade masculina e feminina na visão dos profissionais de saúde de um serviço de saúde reprodutiva. *Reme : Rev. Min. Enferm.*, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 37-40, jan./mar. 2006.

GARCÍA-CALVETE, M.M.; MATEO-RODRÍGUEZ, I.; MAROTO-NAVARRO, G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit.*, Espanha, v. 18, p.83-92, mayo 2004. Supplementum 2.

GOMES, M.M.F. O nascimento de uma criança de alto risco: significado e vivência dos familiares. *Acta Paul. Enfermagem*, São Paulo, v. 9, p. 48-56, 1996. Edição especial.

GOMES, R.S.; GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.(Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 105-16.

GONÇALVES, A.M.; SENA, R.R.; DIAS, D.G.; QUEIRÓZ, C.M.; DITZ, E.S.; VIVAS, K.L.; DUARTE, E.D.; LOPES, T.C. Cuidadora domiciliar: Por que cuido? *REME Rev. Min. Enferm.*, Belo Horizonte, v. 9, n. 4, p. 315-20, out./dez. 2005.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.(Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2004. p. 21-36.

HEERMANN, J.A.; WILSON, M.E.; WILHELM, P.A. Mothers in the NICU: outsider to partner. *Pediatr. Nurs.*, Unites States, v. 31, n. 3, p. 176-81, May./June 2005.

HONORATO, C.E.M.; PINHEIRO, R. "Trabalho político": construindo uma categoria analítica para estudo sobre a integralidade como dispositivo para o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.; BARROS, M.E.B. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 85-110.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. Hospital Amigo da Criança (UNICEF 1995). *Planejamento Estratégico 1988-1990 do Hospital Sofia Feldman*. Belo Horizonte, Fundação de Assistência Integral a Saúde, 1988.

HOUAISS, A. *Dicionário Eletrônico*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 1 CD-ROM.

HURST, I. Vigilant watching over: mother's actions to safeguard their premature babies in the newborn intensive care nursery. *J. Perinat. Neonatal Nurs.*, United States, v. 15, n. 3, p. 39-57. Dec. 2001.

JUNQUEIRA, M.F.P.; LAMEGO, D.; MORSCH, D. S.; DESLANDES. Os desafios da humanização em uma UTI neonatal cirúrgica. In: DESLANDES, S. F. (Org.).

Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 261-82. (Coleção Criança, Mulher e Saúde)

KENNER, C. *Enfermagem neonatal*. Tradução Maria Isabel Carmagnani. Rio de Janeiro: Reichman & Affonso, 2001. 392 p.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. *La relación madre-hijo: impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia*. Buenos Aires: Panamericana, 1978. 228 p.

KURCGANT, P. (Coord.). *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU; 1991. 237 p.

LACAZ, F.A.C.; SATO, L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: DESLANDES, S.F. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p 109-140.

LAMY, Z. C.; GOMES, R.; CARVALHO, M. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidades de terapia intensiva neonatal. *J. Pediatr. (Rio de J.)*, Rio de Janeiro, v. 73, n. 5, p. 293-8, Set./Out. 1997.

LAMY, Z.C. *Unidade neonatal: um espaço de conflito e negociações*. 2000. 161 f. Tese (Doutorado) – Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2000.

LOCKRIDGE, T. Following the learning curve: the evolution of kinder, gentler neonatal respiratory technology. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, United States, v. 28, n. 4, p. 443-55, Jul./Aug. 1999.

LOUZADA, A.P.F.; BONALDI, C.; BARROS, M.E.B. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.; BARROS, M.E.B. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 37-52.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EDU, 1986. 99 p. (Temas básicos de educação e ensino).

LUPTON, D.; FENWICK, J. They've forgotten that I'm the mum': constructing and practicing motherhood in special care nurseries. *Soc. Sci. Méd.*, England, v. 53, n. 8, p. 1011-21, Oct. 2001.

LUSSKY, R.C. A century of neonatal medicine. *Minn Méd.*, United States v. 82, n. 12, p. 48-54, Dec. 1999.

MADEIRA, L.M.; DUARTE, E.D. A gestão hospitalar e a integralidade da assistência: o caso do Hospital Sofia Feldman. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R.A. (Org) *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: EdUCS: IMS/UERJ: CEPESQ, 2006. p. 65-80.

MAGALHÃES JR., H.; OLIVEIRA, R.C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.;

MATTOS, R.A. (Org) *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: EdUCS: IMS/UERJ: CEPESQ, 2006. p. 81-96.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-14, jul./set. 2006.

MATTOS, R.A. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2004 p. 119-32.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. 180 p.

MENDES, E.V. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002,. 176 p.

MENDES, E.V. *SUS: mudar para avançar*. (No prelo)

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A. T. (Org.) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: escrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*: São Paulo: HUCITEC, 1994. 334 p.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec, 1997. p. 71-114.

MERHY, E.E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciê. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2 p. 305-14, 1999.

MERHY, E.E. Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças. In: ACIOLE, Giovanni Gurgel. *A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado*. São Paulo, HUCITEC, 2006.

MERHY, E.E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; SANTOS, C. M.; RODRIGUES, R. A.; OLIVEIRA, P. C. P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e ferindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p.113-160

- MERHY,E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p. (Saúde em debate, 145).
- MERHY,E.E.; CECILIO,L.C. O singular processo de coordenação dos hospitais. *Saúde Debate*, Londrina, v. 27, n. 64, p. 110-22, maio/ago. 2003.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. 269 p.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406 p.
- MOK, E.; LEUNG, S.F. Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *J Clin. Nurs*, England, v. 15, n. 6, p. 726–734, Jun. 2006.
- MOORE, K. A. C.; COKER, K.; DUBUISSON, A.B.; SWETT ,B.; EDWARDS, W. H. Implementing Potentially Better Practices for improving family-centered care in neonatal Intensive care units: successes and challenges. *Pediatrics*. United States, v. 111,. 4 pt.2, p.e450-60, 2003.
- MULHERN, R., LAURER, M., HOFFMAN, R. Death of a child at home or in the hospital: subsequent psychological adjustment of the family. *Pediatrics*, United States, v. 71, n. 5, p. 743-7, May 1983.
- NAVAIE-WALISER, M.; SPIGGS, A.; FELDMAN, P.H. Informal caregiving : differential experiences by gender. *Med. Care* , Philadelfia, v. 40, n. 12, p. 1249-59, Dec. 2002;
- OLIVEIRA, C. C.: *Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para mulheres em situação de violência sexual: uma abordagem de gênero*. 2005. 208 f. [Tese]. - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2005.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p 103-9, 2001.
- PERRENOUD, P. Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza. Tradução Cláudia Schilling Porto Alegre: Artmed, 2001. 208 p.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes X modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003 p. 7-34.
- PORTELLA, A. P.; GOUVEIA, T. *Idéias e dinâmicas para trabalhar com gênero*. Recife: S.O.S. Corpo, Genêro e Cidadania, 1999. 206 p.
- REGO, M.A.S; ANCHIETA, L.M. *Assistência hospitalar ao neonato*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2005. 296 p.
- REID, T. Maternal identy in preterm birth. *J. Child. Health Care.*, England, v. 4; n. 1, p 23-29, 2000.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. Atlas São Paulo, 1985. 287p.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. A. *Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória*. ALEA. v.7, n.2, Julho-Dezembro 2005. p. 305-322.

SANTOS, B.S. (Org.). *Conhecimento prudente para uma vida decente: "um discurso sobre a ciência" revisitado*. São Paulo: Cortez, 2004. 821 p.

SANTOS, B.S. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. In: ---. *Para um novo senso comum. a ciência, o direito e a política na transição paradigmática* São Paulo: Cortez, 2000. v.1

SANTOS, B.S. Seis razões para pensar. In: Porque pensar? *Lua Nova*, São Paulo, n. 54, p 13-24, 2001.

SATO, L. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1147-57, set./out. 2002.

SAVAGE, T.A.; CONRAD, B. Vulnerability as a consequence of the neonatal nurse-infant relationship. *J. Perinat. Neonatal Nurs.*, United States, v. 6, n. 3, p. 64-75, Dec. 1992.

SCHARER, K.; BROOKS, G. Mothers of chronically ill neonates and primary nurses in the NICU: Transfer of care. *Neonatal Netw.*, United States, v. 13, n. 5, p. 37-47, Aug. 1994.

SCHWARTZ, M.; SCHWARTZ, C.G. Problems in participant observation. *Am.J.Sociol.*, United States, v. 60, p. 343-53, Jan 1955.

SCHWARTZ, Y. *Trabalho e saúde: construindo outros modos de gestão*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. Mimeografado.

SCOCHI, C.G.S. *A humanização da assistência hospitalar ao bebe prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem*. 2000. 245 f. Tese (Livre docência). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

SCOCHI, C.G.S.; COSTA, I.A R.; YAMANAKA, N.M.A . Evolução histórica da assistência ao recém-nascido: um panorama geral. *Acta Paul. Enfermagem*, São Paulo, v. 9, p. 91-101, 1996. Edição especial.

SENA-CHOMPRÉ, R.R.; EGRY, E.Y . *A enfermagem nos projetos UNI: contribuição para um novo projeto político para a Enfermagem brasileira*. São Paulo: HUCITEC, 1998. 189 p.

SPINK, M.J. (Org.). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo. Brasiliense, 1993. 311 p.

SPRADLEY, J.P. *Participant Observation*. United States of America: Thomson Learning, 1980. 195p.

STANTON, M.C.; McNEIL, D.; HARVEY, S. Maternal tasks of uncertain motherhood. *Matern. Child. Nurs. J.*, United States, v. 20, n. 3/4, p. 113-23. Fall/Winter 1992.

TAVARES, G.R.; MOTA, J.A.; MAGRO, C. Visão sistêmica da prematuridade: as interações entre família e equipe de saúde diante do recém-nascido pré-termo em UTI neonatal. *Rev Paul Pediatría*. v.1, n.24, p.27-34, 2006.

VARELA, F.; THOMPSON, E.E.; ROSCH, E. *A mente incorporada*. Porto Alegre: Artmed. 2003. 293 p.

VERISSIMO, M.O R; FONSECA, R.M.G.S. Childcare according to daycare center workers. *Rev. Latinoam. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 28-35, jan./fev. 2003.

VÍCTORA, C.G., KNAUTH, D.R., HASSEN, M.N.A. Pesquisa Qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre. Tomo Editorial, 2000. 136p

WALSH, F; McGOLDRICK, M. Um tempo para chorar: a morte e o ciclo de vida familiar. In: ----. *Morte na família: sobrevivendo às perdas*. Tradução Cláudia Oliveira Dornelles. Porto Alegre: ArtMed, 1998. p. 56-76.

WIGERT, H.; JOHANSSON, R.; BERG, M.; HELLSTRÖM, A.L. Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scand J Caring Sci*; Sweden, v. 20, n. 1, p. 35-41, Mar. 2006.

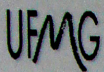
WINNICOTT, D. W. *Os bebês e suas mães*. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 98 p.

XAVIER, C.; GUIMARÃES, K. Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.(Org.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2004. p. 133-156.

ANEXOS

ANEXO A

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

	Universidade Federal de Minas Gerais Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP
---	--

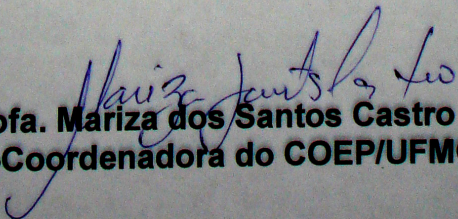
Parecer nº. ETIC 0080/06

**Interessado(a): Prof. César Coelho Xavier
Departamento de Pediatria
Faculdade de Medicina-UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 14 de junho de 2006, o projeto de pesquisa intitulado "**A integralidade do cuidado na assistência ao recém-nascido**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Prof. Mariza dos Santos Castro
Sub-Coordenadora do COEP/UFMG

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Parecer CEP/HSF nº 04/2006

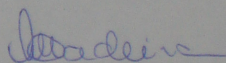
Interessadas:

- ✓ Cézar Coelho Xavier - Orientador
- ✓ Roseni Rosângela Sena – Co-orientadora
- ✓ Elysângela Dittz Duarte

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF) aprovou no dia 13 de abril de 2006, o Projeto de Pesquisa intitulado: A integralidade do cuidado na assistência ao recém-nascido, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com recomendações contidas no parecer em anexo.

Reafirmamos que o relatório final deverá ser encaminhado ao CEP/HSF ao término do estudo, para fins de conclusão do processo.



Dra. Lélia Maria Madeira

Coordenadora do CEP/HSF

Comitê de Ética em Pesquisa
HOSPITAL SOFIA FELDMAN
Reg. CONEP: 25000.030213/2006-91

Belo Horizonte, 13 de abril de 2006.

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Profissionais)

Eu, **ELYSÂNGELA DITZ DUARTE**, Enfermeira e Doutoranda da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, estou desenvolvendo uma pesquisa com finalidade acadêmica e difusão científica cujo título é: “*A integralidade do cuidado na assistência ao recém-nascido*”. Sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação. O seu consentimento em participar da pesquisa deve considerar as seguintes informações:

1. O objetivo do trabalho é:
 - Analisar os elementos que garantem a integralidade a partir da prática dos profissionais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Sofia Feldman.
2. A investigação tem como referencial teórico a dialética; a coleta dos dados primários será feita através de Oficina de Reflexão e observação.
3. A participação é voluntária, tendo o participante a liberdade para desistir durante o processo de coleta de dados, caso venha a desejar, sem risco de qualquer penalização.
4. Será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados, e guardado sigilo de dados confidenciais
5. O(A) Sr(a) não terá nenhum tipo de despesa e não receberá nenhuma gratificação para a participação nesta pesquisa;
6. Caso sinta necessidade de contatar o pesquisador durante e/ou após a coleta de dados, poderá fazê-lo pelo telefone (31)3408-2242 ou pelo e-mail: ditzduarte@ig.com.br.
7. A oficina será gravada e fotografada, lhe será permitido ouvi-la e ver as fotos, bem como ter acesso à transcrição, se assim o desejar.
8. Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir junto ao pesquisador.

Ciente destas informações concordo em participar do estudo.

Belo Horizonte, de de 200 .

Participante:.....

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Elysângela Ditz Duarte – Rua Álvares de Azevedo, 35 apto 244, Bairro Santa Mônica – BH

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Familiars)

BELO HORIZONTE, DE DE 200 .

PREZADA (O).....,

Eu, Elysangela Dittz Duarte, sou Enfermeira e aluna do programa de Doutorado do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, estou desenvolvendo uma pesquisa sobre a assistência que é prestada ao recém nascido na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Sofia Feldman. Esta pesquisa tem a orientação dos Professores César Coelho Xavier e Roseni R. de Senna.

Sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação. É necessário que você tenha conhecimento de algumas informações antes de decidir quanto à sua participação:

1. A sua colaboração consiste em participar de Oficinas de Trabalho, é uma participação voluntária, e o Sr(a) terá a liberdade para desistir durante o processo de coleta de dados, caso venha a desejar, sem risco de qualquer penalização;
2. Caso o(a) Sr(a) não deseje participar ou desista de continuar durante a coleta de dados, o seu bebê que está na UTI não terá nenhuma modificação quanto à assistência recebida;
3. Durante a implementação da pesquisa o(a) Sr(a) poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas;
4. A oficina será gravada e fotografada, lhe será permitido ouvi-la e ver as fotos, bem como ter acesso à transcrição, se assim o desejar.
5. Será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados, e guardado sigilo de dados confidenciais.
6. A utilização dos resultados das informações obtidas serão exclusivamente para fins científicos
7. O(A) Sr(a) não terá nenhum tipo de despesa e não receberá nenhuma gratificação para a participação nesta pesquisa;
8. Caso sinta necessidade de contatar o pesquisador durante e/ou após a coleta de dados, poderá fazê-lo pelo telefone (031)3408-2242 ou pelo e-mail: dittzduarte@ig.com.br.
9. Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir junto ao pesquisador.

Certa de contar com o seu apoio, reitero meu apreço e agradecimento.

Elysangela Dittz Duarte

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO *(familiares)*

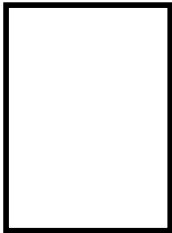
Declaro ter recebido da Enfermeira Elysângela Dittz Duarte, aluna do Programa de Doutorado do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina/UFG, as orientações sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização das informações que forneci somente para fins científicos, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

Estou ciente de que não serei exposto(a) a riscos devido a minha participação nesta pesquisa e que poderei a qualquer momento interromper a minha participação sem nenhum prejuízo para a minha pessoa ou para a assistência do meu bebê que está internado na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Sofia Feldman. Fui informado(a) que não terei nenhum tipo de despesa nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação

Minhas dúvidas foram esclarecidas suficientemente e concordo em participar voluntariamente das atividades da pesquisa. Aceito ser fotografada, e ter a gravação de minha fala durante a Oficina de Trabalho, bem como sua utilização na pesquisa.

Assim sendo, concordo, voluntariamente em participar deste estudo.

Belo Horizonte,de.....de 200 .

Entrevistado:.....	
Assinatura:.....	
Testemunha:.....	

Polegar Direito

Pesquisadora: Elysângela Dittz Duarte (COREN 6408) – Rua Álvares de Azevedo, 35 apto 244, Bairro Santa Mônica – BH. Tel.: (31)3408-2242

ANEXO D

GUIA DE ANOTAÇÕES DO RELATOR DA OFICINA

- [illegible]

ANEXO E

PLANEJAMENTO DA OFICINA

Projeto de Pesquisa “A integralidade do cuidado na assistência ao recém-nascido”

Pesquisadores: Elysangela Dittz Duarte, Roseni R. Sena, César Coelho Xavier

Objetivo do Projeto:

Analisar os elementos que garantem a integralidade a partir da prática dos profissionais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Sofia Feldman

Oficina de Trabalho: “A assistência ao recém-nascido na UTIN do Hospital Sofia Feldman”

População alvo: Profissionais que atuam na UTIN do HSF, familiares de recém-nascidos internados e controle social.

Finalidades: Coletar dados da pesquisa e ampliar a reflexão dos profissionais acerca da assistência prestada ao recém-nascido na UTIN do HSF

Duração: 3 horas em duas sessões

Datas: 22/08/2006 (familiares) e 09/09/2006 (profissionais)

Sessão 1 – O cuidado ao recém-nascido na UTIN do Hospital Sofia Feldman

Objetivos:

- . Sensibilizar os participantes para o tema a ser trabalhado;
- . Explicitar e analisar como os familiares e os profissionais vêem a assistência que o recém-nascido recebe na UTIN do Hospital Sofia Feldman.

Programação:

Momento	Conteúdo
Introdução 10'	Apresentação da Oficina: finalidades da oficina e objetivos da pesquisa Assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. Apresentação dos coordenadores e da programação
Aquecimento 10'	Dinâmica de apresentação (para os familiares) ou relato do primeiro dia que esteve no HSF (para os profissionais)
15'	Produção de relato sobre alguma situação vivenciada na UTIN da qual tenha participado pelo menos um profissional
Desenvolvimento 40'	1. Representação individual sobre o cuidado ao recém-nascido na UTIN 3. Exposição e discussão das representações individuais 4. Construção de uma ou mais representações grupais acerca do cuidado ao recém-nascido na UTIN
Síntese 10'	O cuidado ao recém-nascido na UTIN do Hospital Sofia Feldman
Encerramento 10'	Avaliação parcial da oficina

Sessão 2 – A prática dos profissionais na UTIN: os elementos que garantem a integralidade da assistência

Objetivos:

- . Identificar e refletir sobre as práticas dos profissionais que atuam na UTIN;
- . Construir possibilidades de assistência na perspectiva da integralidade.

Programação:

Momento	Conteúdo
Introdução 10'	Orientação quanto à atividade a ser realizada nessa sessão
Desenvolvimento 40'	“A prática dos profissionais e a integralidade da assistência” 1. Distribuição dos relatos desenvolvidos pelos participantes no dia anterior 2. Leitura dos casos para o grupo 3. Escolha de dois casos pelo grupo 4. Discussão grupal acerca dos casos selecionados
Síntese 20'	“As possibilidades de assistência na perspectiva da integralidade”
Avaliação e Encerramento 15'	

ANEXO F

Roteiro de Coleta de Dados

1. Descreva em detalhes uma situação vivenciada por você de assistência ao recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Sofia Feldman, da qual tenha participado pelo menos um profissional de saúde. Procure lembrar-se de um fato que tenha chamado sua atenção por algum motivo.

2. O que você pensou e sentiu sobre a situação que vivenciou?

Muito obrigada por ter colaborado conosco

ANEXO G

CASOS SELECIONADOS PARA DISCUSSÃO NAS OFICINAS

Casos selecionados na Oficina com os usuários (familiares)
Relato 1 Sou mãe de duas meninas que estavam na UTI. Quando começou a troca de plantão eu estava fazendo canguru com uma delas quando veio uma profissional que não sabia que eu era mãe de uma delas e injetou 22 ml de leite dentro da barriguinha da minha filha. Fiquei desesperada por não poder levantar e impedir aquilo. Me desesperei muito, chamei a outra profissional que estava cuidando de um bebê próximo de mim e contei para ela, chorando muito, e ela me pediu para ter calma pois senão eu iria prejudicar a nenê que estava no meu colo. Tentei mas foi difícil. Não conseguia parar de chorar. Estava toda trêmula, pedi que ela tirasse o nenê do meu colo, pois tinha medo de deixá-la cair. Conversei com a responsável depois, pois não queria que isso acontecesse novamente. No outro dia ela me deu a resposta. <i>O que você pensou e sentiu sobre a situação que vivenciou?</i> No momento me senti um pouco incapaz de não poder proteger as duas ao mesmo tempo, paralisada pelo medo de algo ruim acontecer a elas e eu não ter feito nada. Às vezes fazemos coisas pensando que não tem ninguém nos observando, mas, sempre tem. Nunca faça nada por fazer, sempre dedique ao máximo.
Relato 2 Eu estava aguardando a notícia sobre minha filha e de frente para o bercinho dela estava um bebê morto e as enfermeiras tranqüilas, demorando a tirar o bebê da frente das outras mães. <i>O que você pensou e sentiu sobre a situação que vivenciou?</i> Minhas pernas tremiam e eu ficava imaginando se fosse minha filha. Eu acho que as enfermeiras deveriam ter pelo menos coberto o bebê ao invés de ficar na tranqüilidade que estavam.

Casos selecionados na Oficina com os profissionais

Relato 1

Ao entrar na UTIN 3 vi uma criança crônica, comatosa, escutando musica em um discman. Essa criança reagia com lagrimas nos olhos e em outros momentos desse cuidado, com um semblante mais tranqüilo. Essas reações variavam com o tipo de musica colocada. *O que você pensou e sentiu sobre a situação que vivenciou?* O meu sentimento em relação a criança foi muito ruim porque reforça uma deficiência que acredito que existe. Nos preocupamos muito com o cuidado imediato, intensivo, sabemos que poderíamos fazer um pouco mais por aquela criança que ocupava mais um leito, comatosa, traqueostomizada, mas que com certeza tinha seus sentimentos, seu espírito, sua fragilidade de criança.

Relato 2

A primeira vez que colocamos um bebê no colo da mãe pois este estava morrendo e quando perguntei à mãe se ela já havia carregado o seu filho ela disse que não. Então pedi permissão à pediatra de plantão que após me olhar assustada e dizer “Que mórbido!” ponderou e disse: ‘se é isso que a mãe quer e você acha que será bom para ela, tudo bem.” Assim foi feito e o coraçãozinho do bebê parou de bater no colo da mãe. *O que você pensou e sentiu sobre a situação que vivenciou?* Pensei que aquela seria a única oportunidade daquela mãe carregar o seu filho com vida. Senti que apesar de toda a dor do momento, aquela criança partiu da forma mais confortável e também senti que esta experiência marcou a mãe de forma positiva pois lhe foi possível realizar o ultimo desejo com o filho.

ANEXO H

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

SITUAÇÃO OBSERVADA E DEFINIDORES DE INTEGRALIDADE
Admissão do RN Profissionais que assistem, procedimentos técnicos realizados, observação de ações que promovam o cuidado desenvolvimental, orientações realizadas aos pais e familiares, diálogos e interações entre os profissionais.
Cuidado Mãe Canguru Orientação aos pais pela equipe quanto ao quadro clínico do bebê, interação pais-bebê, incentivo ao contato precoce, incentivo ao aleitamento materno e/ou ordenha, facilitação do acesso à UTIN.
Visita dos Pais/familiares Interação pais-bebê, relação estabelecida entre pais e equipe, permanência dos pais/familiares.
Passagem de notícia para os pais Profissional responsável, grau de entendimento da informação, informações oferecidas, interação dos pais com profissional durante a passagem de notícia.
Discussão clínica multidisciplinar Profissionais que participam, discussões realizadas e encaminhamentos
Assistência de rotina ao recém-nascido Registrar os procedimentos realizados, diálogos estabelecidos, interação com outros profissionais e familiares, observação de ações que promovam o cuidado desenvolvimental (manejo da dor, posicionamento, luminosidade, ruído, etc.)
Alta/transferência da UTI Orientações realizadas aos pais, encaminhamentos para acompanhamento do RN, profissional responsável pelas orientações.
Óbito do recém-nascido Ação dos profissionais, quais profissionais participam, relação estabelecida com os pais, procedimentos realizados

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)