



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

SHEYLA PEREIRA ROCHA

**PRÁTICAS DE CUIDADO NA ASSISTÊNCIA NEONATAL: UM ESTUDO ACERCA
DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE EM UM HOSPITAL PÚBLICO.**

**BELÉM
2012**

SHEYLA PEREIRA ROCHA

**PRÁTICAS DE CUIDADO NA ASSISTÊNCIA NEONATAL: UM ESTUDO ACERCA
DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE EM UM HOSPITAL PÚBLICO.**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do
Pará / Instituto de Filosofia e Ciências Humanas /
Programa de Pós-Graduação em Psicologia como
requisito para a obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de
Oliveira.

BELÉM
2012

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca de Pós-Graduação do IFCH/UFPA, Belém-PA)

Rocha, Sheyla Pereira.

Práticas de Cuidado na Assistência Neonatal / Sheyla Pereira Rocha;
orientador, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira. Belém. _ 2012.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e
Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2012.
100P.

1. Práticas de Cuidado. 2. Assistência neonatal. 3. Integralidade. I.
Oliveira, Paulo de Tarso Ribeiro de, orientador. II. Título.

CDD: 22. ed. 614.59994



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

SHEYLA PEREIRA ROCHA

PRÁTICAS DE CUIDADO NA ASSISTÊNCIA NEONATAL: UM ESTUDO ACERCA DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE EM UM HOSPITAL PÚBLICO.

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal do Pará como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Data de aprovação: ____/____/____

Banca Examinadora

Professor Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Orientador
Universidade Federal do Pará - UFPA

Professora. Dra. Aurimery Gomes Chermont - Membro
Universidade Federal do Pará - UFPA

Professor Dr. Pedro Paulo Freire Piani- Membro
Universidade Federal do Pará - UFPA

Professora. Dra. Regina Feio Barroso - Membro
Universidade Federal do Pará - UFPA

Professor. Dr. Alcindo Antonio Ferla - Suplente
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS / UFPA

A Deus, por toda proteção e amparo em minha vida , em todos os momentos.

Aos meus pais, que sempre me incentivaram nos estudos sendo exemplo de companheirismo perseverança.

À minha família como um todo, mas principalmente minha mãe que me ajuda a cuidar do meu pequeno Théo desde que nasceu e que permaneceu com ele em muitos momentos meus de ausência por conta desta dissertação.

A todas as mulheres adultas e adolescentes, mães de bebês prematuros, pela força e coragem com os quais cuidam de seus pequeninos, o que não é algo fácil.

AGRADECIMENTOS

Ao professor e orientador, Paulo de Tarso Oliveira, pelo incentivo constante, pela confiança em minha capacidade, pelo acolhimento em meus muitos momentos difíceis no percurso desta dissertação e pelo desprendimento em compartilhar seus conhecimentos , muito obrigado.

A Co-orientadora, Profa. Dra. Aurimery Chermont, por aceitar contribuir com seu conhecimento e experiência profissional na área de assistência neonatal para enriquecer este trabalho.

Aos professores Pedro Piani e Regina Feio, que aceitaram contribuir com sua avaliação em meu trabalho.

Aos amigos de trabalho do Serviço de Psicologia da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará pelo estímulo, compreensão e solidariedade nos momentos de dificuldade, especialmente Ana Tereza, Alessandra Moura, Conceição Contente, Suzie Lopes e Madalena Gonçalves.

A minha amiga Assistente Social , da Clínica de Neonatologia, Dulcinéia Veloso.

Ao meu esposo Anadilson pelo carinho e apoio e compreensão nos meus momentos de ausência e estresse.

A professora Dra. Flávia Lemos , coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pela compreensão das minhas dificuldades neste percurso e pelo seu grande esforço em manter a qualidade da pós-graduação em psicologia.

Aos meus professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, por compartilharem e dividirem seus conhecimentos nos acolhendo calorosamente, em especial o servidor Ney, sempre com bom humor e disposição para nos ajudar.

A minha amiga do mestrado pela amizade, carinho e oportunidade, compartilhamento de muitos momentos de angústia: Elaine Lobo.

Ao Professor Dr. Alcindo Ferla pelo carinho e generosidade em compartilhar seu saber no que se refere a questão do cuidado.

A atual gestão da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, na pessoa da presidente Eunice Begot e Neyla Dahas, diretora assistencial, que compreenderam e acolheram minhas necessidades, sem o qual seria muito difícil a viabilização dessa conquista.

Ao pedagogo Alex Mauro Lima pela disponibilidade em auxiliar com a revisão, na reta final desse trabalho.

À equipe multiprofissional da clínica de Neonatologia da FSCMPA, especialmente os que participaram ativamente da coleta de dados da presente pesquisa, compartilhando suas experiências pessoais e profissionais.

Às mães de bebês prematuros internados na UTI neonatal que participaram de minha pesquisa.

Tu que me deste o teu cuidado

Tu que me deste o teu carinho
E que me deste o teu cuidado,
Acolhe ao peito, como o ninho
Acolhe ao pássaro cansado,
O meu desejo incontentado.

Há longos anos ele arqueja
Em aflitiva escuridão.
Sê compassiva e benfazeja.
Dá-lhe o melhor que ele deseja:
Teu grave e meigo coração.

Sê compassiva. Se algum dia
Te vier do pobre agravo e mágoa,
Atende à sua dor sombria:
Perdoa o mal que desvaria
E traz os olhos rasos de água.

Não te retires ofendida.
Pensa que nesse grito vem
O mal de toda a sua vida:
Ternura inquieta e malferida
Que, antes, não dei nunca a ninguém.

E foi melhor nunca ter dado, em te pungido algum espinho,
cinge-a ao teu peito angustiado,
Sentirás o meu carinho e sentirás o meu cuidado
(Manuel Bandeira)

RESUMO

A integralidade do cuidado representa hoje um desejo e uma demanda constante, inerente aos nossos espaços públicos de saúde, aqui compreendida não apenas como uma diretriz do SUS definida constitucionalmente, mas como um conjunto de ações e práticas de atenção à saúde que, aliados a tecnologias possa constituir-se como uma prática social e política, compreendendo os indivíduos e coletividades em suas singularidades. O presente estudo trouxe uma abordagem acerca de quais aspectos contidos nas práticas de cuidado na assistência neonatal são favorecedores da produção da integralidade, para isso é feita uma análise sob dois olhares: o do profissional de saúde e o (olhar) do usuário, que é o bebê, porém representado pelos seus pais. A análise da forma como ocorre a integralidade nas práticas de cuidado prestadas pelos profissionais da UTI neonatal e como os usuários, pai e mãe, avaliam o cuidado neste lugar, constituíram-se como os objetivos deste trabalho. A pesquisa em questão partiu de uma abordagem qualitativa, entendendo que a integralidade é permeada por aspectos subjetivos nas relações entre profissionais e usuários dos serviços. Foi realizada no espaço de uma UTI neonatal da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, a qual comporta 20 leitos para o atendimento de bebês prematuros graves. Foram utilizadas como instrumentos de pesquisa a observação participante e a entrevista semi-estruturada com uma amostra da equipe multiprofissional composta de médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e assistentes sociais, além dos pais (cuidadores) dos bebês internados. Foi observado que a integralidade do cuidado na assistência neonatal no hospital estudado ainda se constitui como uma perspectiva futura, apontada tanto na avaliação dos profissionais quanto na dos cuidadores, sendo atravessada e fortemente influenciada por um processo de trabalho fragmentado, com sobrecarga de trabalho, sofrimento psíquico, dificuldades na gestão da saúde, aspectos estes que se refletem nas práticas de cuidado e tecnologias adotadas pela equipe, tecnologias que são permeadas ainda pelas práticas médicas e pelo olhar para a doença e não para o sujeito. Os usuários e os profissionais de saúde avaliaram o cuidado como muito bom, na UTI neonatal e apontaram a necessidade urgente de integralidade e humanização no cuidado ao recém-nascido, tecendo como dispositivos favoráveis o Método Canguru e a qualificação do processo de gestão e cuidado em saúde. A pesquisa demonstrou ainda que a implementação do método Canguru na unidade neonatal como um todo, aponta para um caminho promissor e revelador à prática da integralidade, uma vez que é neste método que encontramos todas as dimensões necessárias para a completude do cuidado ao neonato.

Palavras-Chave: Práticas de Cuidado. Cuidado em saúde. Assistência neonatal. Integralidade.

ABSTRACT

The integrality care today is a desire and a steady demand, inherent in our public spaces to health, here understood not only as a guideline SUS constitutionally defined, but as a set of actions and practices of health care, which combined with technologies may arise as a social and political practice, comprising individuals and collectivities in their singularities. This study brought an approach about which aspects contained in the care practices in neonatal care are favoring the production of completeness, for it is analyzed under two looks: the health professional and (look) user, which is the baby, but represented by their parents. The analysis of how the entire occurs in practical care provided by professionals in the NICU and how users, father and mother, evaluate care in this place, constituted as the goals of this work. The research in question was based on a qualitative approach, understanding that comprehensiveness is permeated by subjective aspects in relations between professionals and service users. Was performed in a neonatal ICU Foundation Santa Casa de Misericórdia do Pará, which includes 20 beds for the care of premature babies serious. Were used as research instruments participant observation and semi-structured interviews with a sample of the multidisciplinary team of physicians, nurses, psychologists, nursing staff, physiotherapists, speech therapists and social workers, and parents (caregivers) of infants hospitalized. It was observed that comprehensive care in neonatal care in the hospital still constitutes as a future prospect, pointing both in evaluating professionals and caregivers in being pierced and heavily influenced by a fragmented work process, with work overload, suffering psychic difficulties in managing the health aspects that are reflected in these care practices and technologies adopted by the team, even technologies that are permeated by medical practices and look at the disease and not to the subject. Users and health professionals rated the care as very good, neonatal ICU and identified the urgent need for comprehensive and humane care for newborns, weaving devices like the Kangaroo method and favorable qualification process management and health care. The research also showed that the implementation of the Kangaroo method in the neonatal unit as a whole, points to a promising and revealing the practice of completeness, since it is this method that we find all the dimensions necessary to the completeness of care for the newborn.

Keywords: Care Practices. Health Care. Newborn Assistance. Integrality.

RESUMEN

La atención integral es hoy un deseo y una demanda constante, inherente a nuestros espacios públicos a la salud, entendida aquí no sólo como una pauta SUS constitucionalmente definida, sino como un conjunto de acciones y prácticas de atención de la salud, lo que combinado con las tecnologías puede surgir como una práctica social y política, que comprende los individuos y las colectividades en sus singularidades. En este estudio se llevó una aproximación sobre los aspectos contenidos en las prácticas de atención en el cuidado neonatal están favoreciendo la producción de exhaustividad, ya que se analiza en dos estilos: el profesional de la salud y (mirar) del usuario, que es el bebé, pero representados por sus padres. El análisis de la forma en que el todo se da en la práctica asistencial a cargo de profesionales de la UCIN y cómo los usuarios, el padre y la madre, evaluar la atención en este lugar, constituida como los objetivos de este trabajo. El estudio en cuestión se basó en un enfoque cualitativo, entendiendo que la amplitud está permeada por aspectos subjetivos en las relaciones entre los profesionales y usuarios de servicios. Se realizó en una unidad de cuidados intensivos neonatal Fundación Santa Casa de Misericordia de Pará, que incluye 20 camas para el cuidado de bebés prematuros graves. Se utilizaron como instrumentos de investigación, observación participante y entrevistas semi-estructuradas con una muestra del equipo multidisciplinario de médicos, enfermeras, psicólogos, personal de enfermería, fisioterapeutas, logopedas y trabajadores sociales y padres de familia (cuidadores) de niños hospitalizados. Se observó que la atención integral en la atención neonatal en el hospital todavía constituye en una perspectiva futura, destacando tanto en la evaluación de profesionales y cuidadores en ser perforado y fuertemente influenciado por un proceso de trabajo fragmentado, con sobrecarga de trabajo, el sufrimiento dificultades psíquicas en la gestión de los aspectos de salud que se reflejan en estas prácticas de atención y las tecnologías adoptadas por el equipo, incluso tecnologías que están permeados por las prácticas médicas y mirar a la enfermedad y no a la materia. Los usuarios y los profesionales de la salud calificaron la atención como muy buena, UCI neonatal e identificó la necesidad urgente de atención médica integral y humana para los recién nacidos, los dispositivos de tejer como el método canguro y gestión favorable proceso de calificación y la atención sanitaria . La investigación también mostró que la implementación del método canguro en la unidad neonatal como un todo, los puntos a a. Prometedor y revelando la práctica de la integridad, ya que es este método que encontrar todas las dimensiones necesarias para la integridad de la atención para el recién nacido

Palabras clave: Atención Práctica. Atención de la salud. La atención neonatal. Integridad.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	Demonstrativo de indicadores da maternidade da FSCMPA em 2010	56
Figura 1	Gráfico demonstrativo indicando o fluxo de entrada e saída da Unidade Neonatal	57

LISTA DE SIGLAS

CI	Cuidados Intermediários
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FSCMPA	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
MS	Ministério da Saúde
OA	Outras Afecções
ODM	Objetivo do Desenvolvimento do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PIG	Pequeno para Idade Gestacional
PNH	Política Nacional de Humanização
PROASP	Programa de Assistência à Saúde Perinatal
RN	Recém-Nascido
SEPM	Secretaria Especial para Mulheres
SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SI	Semi Intensiva
ST	Setor de Transição
SUS	Sistema Único de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 AS PRÁTICAS DE SAÚDE E A INTEGRALIDADE	21
3 VISITANDO AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO CUIDADO E ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E DO RECÉM-NASCIDO.	31
3.1 A HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA NACIONAL: O HUMANIZA SUS	31
3.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER	34
3.3 CUIDADO HUMANIZADO NO PARTO E NASCIMENTO	37
3.4 MÉTODO CANGURU-ATENÇÃO HUMANIZADA AO RN DE BAIXO PESO	41
3.5 REDE CEGONHA COMO A MAIS RECENTE POLITICA VOLTADA PARA O CUIDADO INTEGRAL A GESTANTE E AO RN	44
4 DESENHO METODOLÓGICO	49
4.1 PESQUISA QUALITATIVA: CARACTERÍSTICAS	49
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA	50
4.3 DEFINIÇÕES DA PESQUISA E COLETA DE DADOS	51
4.4 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA E TRABALHO DE CAMPO	52
5 UM OLHAR SOBRE A FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ	54
5.1 O PROCESSO DE TRABALHO NA UNIDADE NEONATAL DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ	56
6 PROBLEMATIZANDO O CUIDADO E INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA NEONATAL	60
6.1 O CUIDADOR E AS DIVERSAS PRÁTICAS DE SAÚDE NO ENCONTRO COM OS USUÁRIOS DA UTI NEONATAL	63
6.2 A INTEGRALIDADE DO CUIDADO: A LUTA DO PROFISSIONAL CONTRA O ROBÔ	68
6.3 A INTEGRALIDADE NA FUNDAÇÃO SANTA CASA DO PARÁ SOB OLHARES CRUZADOS DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE	75
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	87
APÊNDICES	91

1- INTRODUÇÃO

A partir da experiência de trabalho de nove anos como psicóloga hospitalar na área de saúde pública, dos quais cinco realizando atividades na Unidade neonatal da maior maternidade da região norte, a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, apresento aqui meu incômodo no que se refere ao modo com o qual as práticas de cuidado na assistência neonatal vêm sendo (des) construídas e (não) produzidas neste lugar e como estas (práticas) relacionam-se com o fazer profissional na promoção de integralidade no cotidiano do serviço.

A minha prática de cuidado junto às mães, aos seus bebês (em delicado estado de saúde, a maioria dos casos prematuros gravíssimos, com possibilidade iminente de morte) e também à equipe de saúde, fizeram-me compreender a necessidade de um agir, de um cuidar diferenciado, que ultrapasse o cuidar puramente tecnicista, pois a relação estabelecida com o bebê se estende a toda a sua família, que lhe é porta-voz, e com relação a esta assistência mais leve, o que se vê é uma ausência, uma lacuna, que muitas das vezes pode ser representada pelo fato de um médico não querer conversar com a família, ou da equipe entender que a presença da família atrapalha, entre outros exemplos do dia a dia, aspectos que mostram dificuldades na produção de bons atos de saúde, e conseqüentemente na integralidade do cuidar. Por outro lado, uma escuta mais horizontal dos psicólogos e enfermeiros mostra concretamente que o cuidado deve ter como imagem objetivo a atenção integral.

Merhy (2005) ressalta que ao se olhar com atenção os processos de trabalhos realizados no conjunto das intervenções assistenciais vamos ver que além das várias ferramentas e máquinas usadas, mobilizamos intensamente conhecimentos sobre forma de saberes profissionais, bem estruturados. O que nos permite dizer, que há uma tecnologia menos dura, do que os aparelhos e as ferramentas de trabalho, e que está sempre nas atividades de saúde, denominada de leve- dura. E aí o autor complementa: por que leve? É leve ao ser uma saber que as pessoas adquiriram e está inscrita na sua forma de pensar casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida em que é um saber-fazer bem estruturado, organizado e protocolado, e a além destas duas situações tecnológicas, há a tecnologia leve.

O mesmo autor ainda refere que qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário paciente, produz-se através de um trabalho vivo, em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas, ou mais pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativa e produções. Nesse momento é que se dá a relação intersubjetiva com toda a potência do ato de cuidar em saúde, em que podem

ser estabelecidas a empatia, cumplicidade, esperança produzindo assim relações de vínculos e aceitação e, também a desesperança e o desassossego, diante da finitude que representa a sombra da morte projetada no ambiente hospitalar e/ou a desesperança em um cuidado pouco acolhedor. O investimento na produção e gestão de um cuidado qualificado e diferenciado na assistência neonatal é algo inerente à recuperação e possibilidade de uma boa qualidade de vida para os bebês de risco e tem sido alvo de preocupação constante por parte dos gestores de nosso país, através do Ministério da Saúde, que vem investindo em políticas públicas voltadas para melhoria da qualidade do cuidado prestado às mulheres e ao recém-nascido, com objetivo também de contribuir para a redução da mortalidade materna e neonatal.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2011), em todo o mundo, nascem anualmente 20 milhões de bebês pré-termos e de baixo peso, destes, um terço morre antes de completar um ano de vida. No Brasil, a primeira causa de mortalidade infantil são as afecções perinatais¹, fato este que vem a ser uma das principais justificativas para se mudar a forma, o modo como nossos bebês são cuidados o que implica na necessidade de adoção de um novo paradigma pautado na atenção humanizada à criança, seus pais e à família, com respeito a suas características e individualidades.

Como exemplos deste investimento estão: o Manual de Atenção à Saúde do Recém-Nascido para os Profissionais de Saúde (lançado em 2011 através do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde); Pacto pela redução da Mortalidade Materna e neonatal lançado em 2004 pelo então Presidente Luis Inácio Lula, Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (atualizado e reformulado pelo Ministério da Saúde em 2011); Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil na Amazônia Legal e Nordeste para o período de 2009/2010, Política Nacional de Humanização, Programa de Humanização do Parto e Nascimento, Programa de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo (Método Canguru) e uma das políticas mais recentes é a Rede Cegonha, lançada em junho de 2011, como estratégia de integralidade e atenção à saúde e aos direitos da mulher e da criança.

Considerando o que se observa no cotidiano desta realidade, no que se refere: à assistência prestada e às relações entre os trabalhadores entre si, com a instituição, com o seu trabalho e com os usuários, este trabalho pretende oferecer ao leitor um caminho que cruze vários olhares e saberes imbricados na questão da Integralidade no cuidado em saúde, especialmente, no que se refere à atenção neonatal.

¹ As afecções perinatais compreendem os problemas respiratórios, a asfixia ao nascer e as infecções, mais comuns em bebês pré-termo e de baixo peso.

O cuidado em saúde é vivenciado sob diversos aspectos na instituição hospitalar e nos diversos espaços públicos de saúde e é interessante considerar como ele vem passando por muitas transformações, e com isso produzindo e construindo novas relações e sentidos às práticas de saúde, aos usuários do serviço e aos profissionais de saúde. Neste contexto, aqui neste estudo foi problematizada a Integralidade² nas práticas de cuidado em saúde, mais especificamente no âmbito da assistência neonatal, tendo foco central à análise da forma como as práticas de cuidado ocorrem e como produzem integralidade em saúde, tendo como eixo dois aspectos: a análise da forma como os pais e/ou cuidadores avaliam o cuidado recebido na UTI neonatal da e a identificação das principais práticas de cuidado e tecnologias utilizadas na UTI neonatal da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Qual o ser humano que não necessita de cuidado? Indiscutivelmente todos querem e necessitam essencialmente de cuidados em várias instâncias de suas vidas e isto é algo permanente que faz parte da vida em sociedade. A Saúde está possivelmente no lugar das relações de empatia entre os sujeitos, subtraída da sociedade pelos valores individualistas, através de práticas que reinserem o contato físico entre as pessoas. ...a sociedade civil usa as práticas de saúde como estratégias de ressignificação da vida, de reposição de valores de solidariedade e de atribuição de novos sentidos à saúde. (Luz, 2008).

Há que se cuidar de uma forma diferente para que se alcance a integralidade, há de se humanizar o cuidado para que o doente seja melhor tratado, é preciso aumentar a autonomia do doente e dos seus familiares frente às exigências do viver, a, ou seja, o cuidado precisa ser tratado para que as pessoas possam ser cuidadas, para que assim elas possam também cuidar melhor de si mesmas e de muitos outros, pois quando o cuidado é imagem objetivo da atenção à saúde, estas tornam-se melhores. Esse jogo de palavras que ousei escrever aqui vai ao encontro das ideias de Pinheiro, Guizardi e Ayres (2008), que se complementam quando colocam respectivamente: ... o cuidado em saúde é uma das principais demandas por atenção á saúde pela sociedade civil brasileira, surgindo como crítica das coisas, das instituições, das práticas e discursos em saúde.

² Integralidade aqui compreendida como uma das principais diretrizes da Assistência a partir da década de 1990 com a implantação do SUS constituindo-se como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos articulados com políticas públicas de saúde, abordada ainda como uma necessidade de encontros num compromisso constante com a vida, encontros estes que devam produzir novos sentidos para o viver individual e coletivo. (Merhy, 2005). Entendida também como ação integral que é o “entre relações” de pessoas, ou seja, ação integral com efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade acolhimento e vínculo. (Pinheiro & Guizardi, 2008)

Criticas que se orientam para a construção de soluções e respostas que buscam um cuidar, cuidar de si, do outro e de nós. Cuidado como uma sabedoria prática, que se une com saberes tecnocientíficos para através das práticas e ações de saúde possibilitar às pessoas escolherem e desejarem melhores modos de vidas em busca de sua felicidade.

Bavaresco, Stedile e Ferla (2007) ressaltam que a integralidade das ações em saúde foi definida como um dispositivo jurídico institucional a partir do objeto de assegurar aos indivíduos a atenção à saúde em todos os aspectos, dos mais simples aos mais complexos, proporcionar uma atenção curativa e preventiva, bem como compreender os indivíduos e coletividades em suas singularidades e especificidades.

Para os mesmos autores, a integralidade na assistência à saúde deve ser produzida nos espaços públicos de saúde como algo construído na coletividade, com participação social, eles complementam que a integralidade se institucionalizou num contexto específico, de criação do SUS, a partir do momento da Reforma Sanitária junto com outros movimentos sociais defendendo: mulheres crianças e idosos. Segundo os mesmos autores, deve aparecer nos serviços como uma proposta de mudança, citados acima **“capaz de romper com a ditadura unitária de conhecimentos, com os efeitos centralizadores de poder vinculados à instituição e ao funcionamento de um discurso hegemônico da racionalidade médica”**. (p.178) Não temos como falar deste contexto do cuidado e da integralidade na assistência neonatal sem considerar o importante papel que as ações visando à ampliação, à organização e à qualificação da assistência materna e neonatal adquiriram desde o final da década de 90 na agenda de políticas prioritárias nos diferentes âmbitos de gestão do Sistema de Saúde Brasileiro. Especificamente em relação ao cuidado ao Recém-Nascido-RN de risco, as estratégias visando garantir estrutura adequada na sala de parto e nas unidades intermediárias ou intensivas devem ser necessariamente acompanhadas pela garantia de práticas assistenciais reconhecidas por sua maior efetividade não apenas na redução da mortalidade, mas também em desfechos que garantam boa qualidade de vida aos bebês egressos do cuidado intensivo neonatal.

Entre os atravessamentos que me permitiram refletir sobre esse tema reside entre outras coisas, no fato de gostar de trabalhar em saúde e de preocupar-me com a qualidade em que os serviços de saúde se apresentam para a sociedade, não deixando de considerar e lembrar que, com a construção do SUS desde a constituição de 1988 mudanças e avanços ocorreram, e mesmo assim ainda atravessamos muitas dificuldades e desafios nos serviços, o que pode ser observado no cotidiano das instituições de saúde.

Outras possibilidades relevantes que completam e complementam o meu interesse por este caminho, o da Integralidade na assistência Neonatal, são explicadas nos meus fazeres atuais: e o de ser psicóloga de uma unidade neonatal na maior maternidade pública do Estado, o de ser Tutora do Método Canguru e por que não acrescentar aqui, o ser mãe, áreas em que me ocupo atualmente. Também não poderia deixar de ressaltar aqui a contribuição das disciplinas Políticas Públicas de Saúde e Modelagens Tecnoassistenciais, políticas e práticas de cuidado em saúde, ambas frequentadas no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará como aluna especial do mestrado, fazendo-me ampliar a compreensão acerca das questões relacionadas à saúde e influenciando-me na definição e no interesse pelo meu objeto de estudo.

A Tutoria do Método Canguru na Fundação Santa Casa, modificou muito o meu olhar acerca da forma de como o cuidado deve ser dispensado às pessoas dentro de um hospital, principalmente em se falando de recém-nascidos prematuros e seus respectivos familiares, e através desta atividade, consigo contribuir para uma mudança no cuidar que vem se dando através de muitas capacitações e sensibilizações juntamente com a equipe multidisciplinar da Unidade neonatal, claro que o que acontece muitas vezes, não se dá sem resistências e dificuldades, porém tal aspecto pode representar um dos fazeres efetivos que tem a integralidade como objeto do cuidado.

Porém, cruzar vários olhares e saberes e ir ao encontro de um determinado objeto de estudo requer muitas e diferentes trilhas neste caminhar, o que posso denominar então de uma construção permanente e necessária, é assim que me entusiasmo para tratar da integralidade e das questões que a permeiam, as quais pretendo ocupar-me, como: A compreensão que os profissionais de saúde têm do que seja integralidade e o que ela pode produzir para eles no seu cotidiano de trabalho na assistência neonatal? Que práticas de cuidado e tecnologias estão acontecendo que contribuem ou não para integralidade no atendimento da mulher e da criança? E os usuários o que pensam e o que sabem da integralidade do cuidado? Por que ocorrem práticas de saúde desintegradas, fragmentadas, com atuações profissionais isoladas, sem integração?

Após discorrer acerca dos motivos que despertaram o meu desejo pela realização desta pesquisa, inicio a mesma trazendo reflexões teóricas acerca dos eixos cuidado e integralidade fazendo um paralelo com o contexto da assistência neonatal, pois é relevante lembrar que aqui neste estudo a temática da integralidade será direcionada para o atendimento neonatal, área em que estou implicada por meio de minha prática profissional:

Produtora de relações, signos e significados, a integralidade, como princípio e prática, tem ocupado os diferentes espaços das instituições e sociedade, sobretudo os espaços moleculares, das relações que se transformam em encontros e desencontros, característica da política como ação concreta. (Pinheiro & Guiozardi, 2008, p. 24).

É importante destacar algumas especificidades da instituição na qual me proponho a analisar processos de integralidade. Trata-se de uma instituição histórica, secular e constitui-se como parte da história de vida de muitos paraenses. É referência no atendimento às mulheres e às crianças de nosso Estado, principalmente nas situações que envolvem Gravidez de Alto-Risco e assistência ao Recém-Nascido prematuro. É um hospital com uma dimensão complexa, hoje possui quase três mil funcionários, na sua maioria, trabalhadores de saúde e mais especificamente dentro deste coletivo, quatrocentos e quinze funcionários (415) pertencentes somente a Unidade de Neonatologia, que contempla além de outras enfermarias para o Recém-Nascido, duas Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) neonatal.

Ribeiro (2005) refere que os profissionais de saúde que trabalham em UTI neonatal lidam muitas vezes com duas questões éticas: a alocação de recursos em medicina intensiva e a tomada de decisões relativas a tecnologias que sustentam a vida, que nem sempre são suficientes para atender de forma integral todas as necessidades do recém-nascido. Corroborando com Emerson Merhy (2005) quando analisa o conceito de Tecnologias, quando se refere às “tecnologias que sustentam a vida” para traduzir no que o autor denominou de Tecnologias Duras, que são aquelas caracterizadas pelos equipamentos, pelo maquinário. Porém existem outros tipos de tecnologias: as leves-duras, que engendram pelo conhecimento aliado ao técnico e as leves, que são estratégias relacionais, que se preocupam com o sentido do fazer, com as interações, com a intersubjetividade próprias das relações entre os doentes e os trabalhadores (as) de saúde.

Nesse imbricamento de técnicas e saberes é que pode se produzir a atenção integral. Em todos os casos não se pode prescindir da construção de uma relação com os doentes e familiares que garanta esclarecimentos, gere autonomia e possibilite a tomada de decisão da equipe e dos familiares de forma que esteja presente a defesa da vida. Essa é a maior dimensão da integralidade.

Acerca da temática aqui proposta e dos conceitos que por ela perpassam. Neste estudo as principais contribuições teóricas que me apoiam são as trazidas dos autores: Emerson Merhy (2002; 2003; 2005; 2007), Roseni Pinheiro (2008), Ruben Mattos (2001; 2008; 2009), Madel Luz (2008), Foucault (1970; 1979), Canguilhem, Denise Morsch (2006), Suely Deslandes (2006), entre outros. É necessário considerar também que existe certa escassez

quanto a pesquisas e estudos acerca da integralidade e cuidado na assistência neonatal, o que favorece este estudo para futuramente constituir-se como uma fonte de pesquisa especializada.

Considerando que o atendimento perinatal tem sido colocado como prioridade do Ministério da Saúde, já que encontra-se neste tipo de assistência o maior desafio para redução das taxas de mortalidade infantil em diversas regiões brasileiras, inclusive a região Norte, serão abordadas ainda neste trabalho características e dificuldades deste tipo de assistência (condições e causas dos nascimentos de risco, pré-natal de baixa qualidade), além de trazer também ao leitor um olhar acerca das políticas públicas e programas relacionadas a ela. Referente à metodologia deste projeto será utilizada a abordagem qualitativa, uma vez que vai ao encontro do meu objeto de estudo considerando o tema da integralidade e cuidado como subjetivos, imbuídos de relevância social, articulados à qualidade formal e política do trabalho em saúde, valorizando as dimensões instrumentais, expressivas do processo de cuidar. Entender o percurso como se produziu a lógica da atenção integral no Brasil, é o que farei a seguir.

2- AS PRÁTICAS DE SAÚDE E A INTEGRALIDADE

A integralidade, à luz da Constituição (BRASIL, 1988), está relacionada à segunda diretriz do SUS, traduzida e expressa no artigo 198 como *atendimento integral*:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Antes de se tentar definir integralidade a partir do texto constitucional, deve-se compreender que a Constituição é fruto de um processo de lutas políticas que tomou fôlego durante a década de oitenta do século passado. Não é por acaso que temos um sistema de saúde em que se põem lado a lado: a multiplicação dos centros de poder/decisão sobre saúde (*descentralizando* a saúde, num primeiro momento, no sentido da municipalização); a participação da comunidade através do *controle social*, em que temos diferentes fóruns de deliberação para diferentes esferas de poder, operando segundo a lógica da democracia representativa.

Em outras palavras, para além de definir a universalização do acesso, o texto constitucional deixa patente que não se pode pensar o *fazer saúde* de uma perspectiva restrita. Assim, além de a segunda diretriz demarcar um certo modo de *fazer saúde* que espelha críticas às práticas sanitárias hegemônicas, ela caminha articulada a um *fazer político* que não nos permite refletir sem levar em conta os aspectos conjunturais que determinam a forma de organização das práticas e, por conseguinte, dos serviços de saúde.

A integralidade nos cuidados e práticas de saúde ainda se reflete como um desafio constante porque principalmente implica em mudanças de ordem subjetiva e objetiva, de um olhar diferenciado e de quebra de paradigmas, o que não é algo fácil de alcançar em nossos espaços de saúde. As práticas de saúde ainda sofrem forte influência das práticas médicas, que muitas vezes ainda revelam um foco no tratamento do sujeito e não no seu cuidado de forma integral, ou seja, desconsideram e desconhecem as mediações intersubjetivas, o sujeito doente e o seu modo de viver e de ser no mundo, além de rede de apoio familiar, aspectos sócio econômicos, políticos e culturais, aspectos estes que têm seu papel na história de adoecimento.

Sendo assim, é importante destacar a forma como muitas práticas de cuidado, de saúde, médicas ou não médicas, foram se construindo, se transformando, em nossas história e sociedade:

[...] o discurso médico configurado pela contemporaneidade permanece sendo uma referência importante para a definição da qualidade de vida das pessoas. Talvez seja justamente essa ampliação e potencialização do discurso que mantém o poder médico, mesmo desfocado da figura física deste. O discurso médico ainda assujeita amplos setores sociais e atua sobre a vida das pessoas, vejam-se as campanhas de vacinação e a sensação de culpa das mães que não vacinam seus filhos, quando estes adoecem, as lições de “higiene moral e social” que ainda se ouvem nas escolas [...] (FERLA et al, 2009, p.17).

Merhy (2005) em uma de suas falas lembra que são muitos os que referem a integralidade como aparte de suas práticas de cuidado, ou seja, significa que não se implicam como protagonistas de novas práticas de saúde, ao contrário, na maioria das vezes as perspectivas e fazeres que pressupõe a integralidade são capturados por modelos de produção do cuidado em saúde bem tradicionais, corporativos e auto- centrados.

Matos e Pires (2009) ressaltam que a complexidade do viver humano e dos problemas que afetam a saúde das pessoas que buscam os serviços de saúde na realidade atual pressupõem aos profissionais da área, importantes desafios quando se trata de pensar e realizar o seu trabalho. O reconhecimento da multiculturalidade e da transversalidade necessárias para o cuidado exige ações e intervenções cada vez mais complexas no contexto do trabalho em saúde. Impõem uma abordagem interdisciplinar, uma vez que um profissional isoladamente não consegue dar conta de todas as dimensões do cuidado humano. Nesse sentido referem que as propostas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) defendem a necessidade de pensar o trabalho em equipe multiprofissional com vistas à interdisciplinaridade, contribuindo, dessa forma, para a concretização da integralidade e de uma assistência de boa qualidade. No entanto, a realidade dos serviços de saúde no Brasil, assim como a formação atual dos profissionais, muitas vezes, não tem contribuído substancialmente com um repertório que auxilie os profissionais a construir esse modo de trabalhar. Ao longo da formação profissional em saúde, são oferecidas poucas experiências que promovam esse aprendizado, de modo que, na prática, os profissionais que acreditam que a atuação interdisciplinar se constitui na melhor forma de abordar os problemas de saúde precisam cotidianamente inventar e reinventar modos de atuar e agir.

Ayres (2009) refere que os princípios da universalização, equidade e integralidade são mutuamente complementares, cada um reclamando os demais para que se possa compatibilizar pragmatismo com utopia, realismo prático com capacidade de sonhar.

Contudo, entre esses três princípios, o da integralidade guarda uma relação mais imediata com a dimensão que queremos tratar o movimento a que nos referíamos acima, de criação da diversidade e de construção de respostas às tensões dela advindas. Com efeito, a integralidade é, entre os princípios do SUS, aquele que mais conduz o desafio de realizar os valores de justiça, democracia e efetividade do acesso à saúde para a intimidade do núcleo tecnológico das práticas de saúde. O princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas a integralidade nos desafia, a saber, e fazer o "quê" e "como" nos implicamos de forma acolhedora e em defesa da vida dos trabalhadores (as) de saúde e dos sujeitos doentes.

Luz (2008) ressalta que o senso comum do uso institucional e profissional do termo Integralidade deixa poucas dúvidas quanto a sua finalidade, que é a de orientar, no âmbito dos serviços públicos e da ação de seus profissionais, uma atenção à saúde de boa qualidade, que considere as múltiplas dimensões e que dê conta das várias complexidades dos problemas de saúde pública e das pessoas, bem como dos riscos da vida moderna, esperando então que dentro deste contexto, os profissionais tenham uma abordagem integral, ampla e pluridimensional da saúde coletiva e individual.³

Ferla, Oliveira e Lemos (2011) ressaltam que: as características dos sistemas de atenção à saúde e, particularmente, das práticas médicas no seu interior, estão ancoradas nas concepções predominantes do processo saúde-doença que, por sua vez, são atravessadas por práticas socioeconômicas, políticas e culturais co-extensivas às discursivas e às de poder que objetivam a saúde, constituindo seus modos de organização, administração e os seus critérios

³ É imprescindível neste estudo tecermos um olhar a partir de Foucault(1979). Este autor, a partir do texto "O nascimento da Medicina Social" desvela momentos diferentes em que a medicina foi caminhando e se constituindo como uma prática social: inicialmente como Medicina de Estado, ou seja, a servir o Estado com toda sua representação político e econômica, não se tendo ainda um olhar voltado para o corpo do trabalhador da classe proletária enquanto possibilidade de adoecimento de sua saúde, isso ocorreu mais fortemente na Alemanha, no século XVIII. Outro momento relevante para socialização da medicina estava pautado no fenômeno da urbanização das cidades, tendo como exemplo principal a França, fenômeno este caracterizado por aspectos econômicos e políticos, envolvendo momentos de revolta, tensões políticas e o incômodo com a classe camponesa e proletária que tiveram a frente de muitas revoltas, porém com maior destaque para a revolta urbana ocasionando em determinado momento o chamado "**Pânico Urbano**", que na realidade era o pânico de grandes epidemias com o inchaço urbano, a principal característica deste momento quanto aos cuidados com este coletivo urbano era o de distribuir, vigiar, monitorar, hospitalizar e controlar o estado de saúde dos indivíduos, eis aqui a Medicina Urbana..." não é verdadeiramente uma medicina dos homens, corpos e organismos, mas uma medicina das coisas: ar, água, decomposições, fermentos; uma medicina das condições de vida e do meio de existência "(Foucault, 1979, p.92).

de avaliação das ações e dos serviços de saúde, bem como analisando os modos de subjetivação da clientela desses serviços e seus efeitos. (p.488)

Foucault (1979) elucida que o nascimento da medicina social na Inglaterra, imbricou a produção de doenças com a emergência do proletariado, que resultaram na chamada Lei dos Pobres, onde:

[...] aparece de uma maneira ambígua, algo importante na história da medicina social que é a idéia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, sua pobreza não permitindo que o façam por si mesmos, quanto um controle pelo qual as classes ricas [...] asseguram a saúde das classes pobres, e, por conseguinte, a proteção das classes ricas. (Foucault, 1979, p. 95)

Fazendo um paralelo da medicina social inglesa com o atual panorama das práticas de saúde e sua imbricação com questões de ordem diversas como: o social, o político, o econômico, o científico, podemos ver que muitas coisas se perpetuam na saúde: as grandes campanhas de vacinação, o privado se beneficiando do público, o científico se imbricando com o político, a sobreposição de classes sociais, a medicina administrativa, entre outros aspectos.

A história das práticas de saúde a partir da perspectiva de Foucault (1979) em “O Nascimento do Hospital” que ocorrem nos séculos XVII e XVIII evidencia o cuidado a partir de uma concepção assistencial paternalista e caritativa capaz de separar e excluir, principalmente porque: a medicina e a instituição hospitalar não se encontravam num mesmo campo, o ambiente hospitalar não se traduzia num espaço de busca da cura e a medicina exercida não era a hospitalar, ou seja, não acontecia no espaço hospitalar, o que fica difícil imaginarmos em nossa assistência hoje, com a construção e advento do SUS (Sistema Único de Saúde).

[...] o hospital não é uma instituição médica, e a medicina é nesta época uma prática não hospitalar [...] o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência como também de exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna [...] A medicina dos séculos XVII e XVIII era profundamente individualista. Individualista por parte do médico, qualificado como tal ao término de uma iniciação assegurada pela própria corporação dos médicos, [...] A experiência hospitalar estava excluída da formação ritual do médico. O que o qualificava era a transmissão de receitas e não o campo de experiências que ele teria atravessado, assimilado e integrado. Quanto à intervenção do médico na doença, ela era organizada em torno da noção de crise. O

médico devia observar o doente e a doença, desde seus primeiros sinais, para descobrir o momento em que a crise apareceria. [...] A cura era um jogo entre a natureza, a doença e o médico. [...] Esta espécie de teatro, de batalha, de luta em que consistia a cura só podia se desenvolver em forma de relação individual entre médico e doente[...] (Foucault, 1979, pg.101 a 103).

Ferla et al, (2007) ressaltam que ainda no século XVIII ocorre uma transformação no campo das práticas médicas, e referem que “a partir dessa dupla origem, das técnicas de poder disciplinar e da técnica médica de intervenção sobre o meio, é possível compreender melhor as características do hospital médico”. (pg.16)

É em meio a esta transformação denominada por Foucault (1979) de “inversão das relações hierárquicas no hospital” onde este não é mais somente um lugar para morrer, agora reconhecido como espaço da experiência clínica, da construção e formação do saber, onde os indivíduos são colocados em leitos individuais, com a descrição de seus nomes, com seus regimes prescritos e com o ritual da visita, que ocorre a tomada de poder pelo médico, aqui este já é acompanhado por enfermeiros, por alunos e também já lhe são exigidas provas documentais de sua assistência. Uma grande questão era : até que ponto este hospital era terapêutico? Como seria transformado este espaço?

Foi somente com a caracterização de se disciplinar o espaço hospitalar e com a transformação do saber médico influenciando em sua intervenção que surge então o hospital próximo às características atuais. O hospital precisa estar num local adequado e acima de tudo saudável do ponto de vista sanitário, seus leitos necessitam estar distribuídos de forma a observar a característica epidemiológica dos agravos. A prescrição médica deve ser orientada de acordo com o problema de cada indivíduo, e buscar proporcionar-lhe a cura ou alívio para os seus males.

Lemos Ferla e Oliveira (2011) com seus diferentes olhares, ao analisarem questões relacionadas às tecnologias e saberes na atenção à saúde referem respectivamente que: ainda existe um privilégio do biológico nas práticas e saberes em saúde e que a tecnologia da ciência se sobrepõe em detrimento do cuidado humanizado.

A partir do início da década de 1990 com a implantação do SUS (Sistema único de Saúde) temos como uma de suas principais diretrizes a Integralidade da Assistência, entendida não só como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, mas também como uma necessidade de articulação com políticas públicas que abarquem o social e o econômico como aspectos determinantes no processo saúde e doença, e por que não acrescentar também aspectos culturais.

Para Costa (2004) o sentido de cuidado confere dimensão ética ao processo de tratamento e ainda acrescenta que “o diálogo constitui parte do tratamento cuidadoso e domina uma dimensão decisiva de toda a ação médica”. Ele humaniza a relação entre indivíduos [...]. A autora de uma forma crítica ressalta que o ideário da integralidade compõe um processo que se inicia na formulação de políticas do nível macro pelo estado, passa pela gestão e gerência nos diferentes níveis até a produção de ações que abarquem cuidado de saúde por meio das práticas para uma melhor atenção e o cuidado dos indivíduos.

Para Merhy (2007), a organização dos processos de trabalho surge como principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades. Ressalta ainda que “prevalece no atual modo de produção de saúde, o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos), em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado ao usuário.

De acordo com Costa (2004) a integralidade surge da ausência de algo, como expressão da insatisfação com as maneiras como estas práticas vem sendo realizadas. Merhy (2005) aborda a integralidade como uma necessidade de encontros num compromisso constante com a vida, encontros estes que devam produzir novos sentidos para o viver individual e coletivo, sobretudo construído num permanente agir ético-político, defende o que ele chama de Integralidade Autopoiética, que é traduzida como encontro autopoiético, onde ocorre, micropoliticamente, encontro de duas vidas, de três vidas, de quatro vidas, de **n** vidas, em mútuas produções. Por outro lado, o que encontramos cotidianamente de forma hegemônica é a feição “mass mídia” que impede a singularidade de se expressar:

As sociedades capitalistas tendem a bloquear os processos de singularização e a instaurar processos de individualização. Os modos singulares de vida são desmanchados pelas pressões e ofertas do mercado e os homens passam a se organizar em padrões universais, tornando-se meros indivíduos. São intercambiáveis. A referência cotidiana deixa de sê-lo para a criação de novas maneiras de organizar o dia-a-dia. (Guattari e Rolnik apud Araújo (2002, pg.3)

Na perspectiva deste autor a Integralidade se traduz ainda num projeto que deva ser construído, principalmente por coletivos denominados “portadores de futuro” que se envolvam com a construção social de um conviver solidário e igualitário, através das práticas

de saúde, construção esta que não se traduz numa tarefa fácil e que é vista como um desafio para o coletivo de trabalhadores (as). Ele refere que:

Os coletivos que atuam na saúde têm o desafio de viabilizar a expressão de multiplicidade interna no seu modo de buscar novos sentidos para suas práticas, com a intenção de trocar vivências e experimentos; de constituir redes de produção de saberes e de solidariedades; de pautar eixos problematizadores; de se espalhar pelo mundo e de enredar redes. Devem permitir que suas conquistas e erros apareçam em espaços mais abrangentes ampliando as possibilidades de análises e compreensões, tornando-se disponíveis para mudanças de rumos. (Merhy, 2005, pg.03)

Segundo Merhy (2007) colocar-se como usuário de seu próprio trabalho, no caso ser usuário de atos de saúde, deve ser um dispositivo e uma reflexão constante para análise da construção dos processos de cuidados e para o repensar acerca do seu fazer e agir em saúde.

[...] o trabalho em saúde é produzido por meio do encontro (individual ou coletivo) entre trabalhadores e usuários e se concretiza por meio da Utilização de uma combinação de agires tecnológicos operadores das tecnologias duras, leve-duras e leves... esse encontro envolve sempre um certo grau de disputa de planos de cuidados...é fundamental que os trabalhadores reconheçam como legítima a formulação de um plano de cuidado por parte do usuário ou do cuidador e que as tecnologias que favoreçam comunicação e a construção de vínculos orientem o trabalho em saúde[...] (MERHY;2007).

Há de se questionar sobre o porquê da ausência da integralidade nas práticas de saúde e cuidados e o que esta ausência produz para saúde de coletivos. Para Merhy (2007) é importante, instigar, produzir tensões, emergir subjetividades que abranjam questões que afetam a capacidade de se produzir saúde, no sentido de intervir na realidade da instituição e avançar na possibilidade de construção do desfecho mais favorável ao sujeito doente.

Outro fator preponderante que interfere na consecução da integralidade é a capacidade das instituições de saúde produzir em larga escala uma prática na qual a medicalização se sobrepõe ao processo de singularização, uma vez que as relações subjetivas e coletivas deste sujeito ficam prejudicadas, além do que, também dificulta a prática interdisciplinar em saúde.

O desafio é conseguir construir uma conceituação de necessidades de saúde com potencial de ser apropriada e implementada pelos trabalhadores de saúde no seu cotidiano, permitindo uma mediação entre a “incontornável complexidade do conceito de necessidade de saúde e sua compreensão e apropriação pelos trabalhadores, visando a uma atenção mais humanizada e qualificada”. (CECÍLIO, apud COSTA, 2004, pg.9).

Costa (2004) com muita propriedade enfatiza que é necessário defender a integralidade como valor a ser sustentado nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais responderão aos pacientes que os procuram.

Cecim e Stedile, (2007) trazem sua contribuição também para expandirmos e refletirmos sobre o cuidado integral quando referem que atender integralmente supõe corresponder aos componentes singulares em que se inscreve uma demanda em saúde, apreendendo as singularidades e não apenas as homogeneidades daquilo que demanda cuidado.

Nesse sentido, o conceito de linha de cuidado deve refletir uma ponte entre ações e serviços, ambos devem estar acessíveis e devem se complementar:

[...] não inicia e termina entre as ações e os serviços; ela envolve, engloba e requer produção de inteligência sobre a atenção e a rede de serviços, decorre da interpretação e recriação de práticas de ensino e gestão e de interação com movimentos sociais [...] no cuidado mãe-bebê, há uma longa história de programação em saúde, sem linha de cuidado. A atenção pré-natal nos serviços públicos- estatais é quase sempre descontinuada[...]

Teceu e Luz (2008) ressaltam que se faz necessário uma divulgação, um interesse pela integralidade e que esta transcenda espaços e práticas tradicionais, o que se constitui num desafio, que é importante por várias razões associadas, entre elas: a procura por serviços de saúde que se dá num país globalizado é marcada por injustiça social e pobreza, no qual a resolução dos problemas de saúde sempre é urgente, assim as pessoas são constantemente medicalizadas, cada vez tornam-se mais dependentes de procedimentos, rituais e exames com alta tecnologia, complementam ainda referindo que:

Há uma mercantilização das medicinas alternativas e complementares, decorrente da sua existência no mundo privado e liberal das práticas curadoras"... há uma incorporação lenta, mas progressiva, ao establishment biomédico de técnicas dessas racionalidades como "procedimentos especializados restritos a especialistas"... tudo isso significa uma pressão formidável no sentido contrário ao desejável: no sentido do desmonte dos valores éticos e da fragmentação dos saberes e práticas mais integrativos, promotores e preventivos, relativamente comuns nos círculos esotéricos dessas racionalidades e em seus ambientes de origem, transformando em terapias e procedimentos especializados e fragmentários, a serem consumidos no mercado, de forma semelhante á biomedicina, relativamente pobres em integralidade. (Teceu e Luz, p.15).

Ayres (2009) refere que à complexidade do desafio que nos colocamos, com maior ou menor consciência de suas implicações, ao assumir a integralidade como princípio do SUS corresponde à grande dificuldade de sua definição precisa, e maior ainda de sua operacionalização. Essas dificuldades não diminuem, contudo, sua relevância. Não resta dúvida de que a busca da integralidade constitui uma força fundamental para evitar que a universalidade se reduza a uma mera formalidade, a um franqueamento legal a práticas socialmente desvalorizadas, e que a equidade se torne um preceito abstrato, irrealizável na prática.

A ideia de *cuidado* vem justamente tentar reconstruir, a partir dos problemas e tensões apontados, uma atenção integral à saúde de indivíduos e comunidades, buscando recompor competências, relações e implicações ora fragmentadas, empobrecidas e desconexas.

Tomando como referência a ideia de integralidade, as críticas ao modo como se opera a técnica hoje são bastante conhecidas, segundo Ayres (2009): a visão segmentada; não conseguir ver a totalidade do paciente e o paciente no seu contexto; uma abordagem muito centrada na patologia; a pobreza da relação e interação entre profissionais e usuários e entre os diversos profissionais da equipe; e, especialmente, o frágil compromisso com o bem-estar dos usuários. Não que os profissionais sejam irresponsáveis, mas o modo como os arranjos tecnológicos se configuram no cotidiano dos serviços acaba, muitas vezes, favorecendo certo descolamento entre o momento do ato assistencial e o envolvimento com suas consequências e com os desdobramentos da situação dos pacientes e comunidades.

Matos (2004) nos fala de que uma importante dimensão da integralidade, na prática se expressa exatamente na capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento manifesto, que resultou na demanda espontânea, de um modo articulado à oferta relativa a ações ou procedimentos preventivos. Para os profissionais, isso significa incluir no seu cotidiano de trabalho rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, posto que menos vinculadas à experiência individual do sofrimento. Para os serviços, isso significa criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer, para além das ações demandadas pela própria população a partir de experiências individuais de sofrimento, ações voltadas para a prevenção.

Segundo Cecílio e Merhy (2003, p. 197), o cuidado em saúde se produz a partir de “tecnologia e humanização combinadas, no desafio de adotar o lugar do paciente e suas necessidades singulares como ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar”.

Segundo os autores citados acima, depreende-se que na instituição hospitalar, o cuidado deve ser considerado enquanto um processo fundamentalmente multidisciplinar, a

partir da associação de vários e diferentes saberes formais e informais, que se debruçam sobre os doentes e ainda sobre a própria equipe de saúde, na medida em há uma decomposição do ato médico global, traduzindo a assistência em vários outros atos, de outras racionalidades, alcançando mais dimensões do sujeito, através da produção de outros espaços e outras práticas articuladas e integralizadoras (CECÍLIO; MERHY, 2003). É nessa perspectiva que se entrelaçam os conceitos de integralidade e cuidado em oposição ao cuidado auto-centrado e a medicalização. Essa é a posição que pretende desvelar como a integralidade se realiza ou não na UTI neonatal do hospital estudado. Aspectos que serão abordados no capítulo seguinte. Descrevendo o campo, para no campo adentrar com as nossas perguntas e questionamentos.

3- VISITANDO AS POLITICAS PÚBLICAS NO CUIDADO E ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E DO RECÉM-NASCIDO.

Aqui pretende - se oferecer ao leitor uma visita ao contexto dos programas e políticas públicas e relacionadas ao contexto da assistência à saúde da mulher e do RN.

Neto et al (2008) demonstraram que as primeiras políticas públicas de saúde surgiram a partir de grandes transformações políticas, sociais e econômicas na Europa no século XVIII, quando foram estabelecidas novas relações de poder entre estado e sociedade e o nascimento da medicina social. Tais políticas visavam à prática do controle social, privilegiando a higiene, a infância e a medicalização da família, neste momento a família começou a se organizar no sentido de fazer um investimento em torno da criança.

Muitos avanços e investimentos foram e continuam sendo conquistados em termos de políticas públicas de saúde no Brasil no que se refere à assistência a saúde da mulher e da criança, porém ainda assistimos a tristes notícias na mídia, o que representa certamente uma questão de saúde pública, como: ausência de um pré-natal de qualidade durante a gestação como garantia de direito a mulher e ao seu bebê o que acarreta no aumento do nascimento de bebês prematuros e aumento do risco de morte materna e neonatal, temos também dificuldades quanto à cobertura de leitos em UTI neonatal. Neste contexto, ainda se faz necessário percorrer um complexo caminho na busca de uma melhor qualidade assistencial, em que, certamente o eixo da integralidade das práticas de saúde e cuidado terá um relevante papel.

As práticas de saúde na assistência neonatal, em constante transformação, têm produzido outros sentidos dentro das instituições de saúde, o que tem melhorado a relação entre usuários, serviços e profissionais, e isso ocorre principalmente devido a contribuição das políticas públicas voltadas para esta assistência, que será abordado a seguir. Iniciando pela Política Nacional de humanização.

3.1- A HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA NACIONAL: O HUMANIZA SUS

As práticas de cuidado na Assistência neonatal necessitam de profissionais que olhem muito além do tratamento e que olhem também não apenas o bebê, mas tudo e todos que estão a sua volta, que fazem parte da sua história é diante deste aspecto que não podemos falar de

Integralidade nas práticas de saúde e cuidado sem nos remetermos à temática da humanização em saúde, o que seria uma discussão vazia e hipócrita.

Para Barros (2011) a Política Nacional de Humanização, lançada pelo Ministério da Saúde em 2004 se constrói como uma proposta para a superação do reducionismo ao qual a racionalidade biomédica ocidental está aprisionada. O estabelecimento de uma relação com o outro, em que este não é transformado em objeto, é imprescindível, o autor coloca que:

As práticas de saúde no último século, são marcadas fortemente pela objetificação do outro, fragmentação do corpo humano e pela especialização dos saberes sobre ele, pelo distanciamento e pela intermediação tecnológica da relação médico-paciente, reafirmando os ideais científicos de neutralidade e objetividade. (p. 6).

Segundo o Humaniza SUS (2004), a necessidade de criação desta política tem como um de seus marcos teóricos políticos o fato de que ocorria antes o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores em relação a uma gestão participativa e ao trabalho em equipe, o que diminuía a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades, além de existir também poucos dispositivos que incentivasse processos de co-gestão, valorização e inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, o que era caracterizado como desrespeito aos seus direitos, além do que também o modelo de formação dos profissionais de saúde mantinha-se distante do debate e da formulação das políticas públicas de saúde.

O humaniza SUS trouxe as seguintes questões para arena da política de saúde, que se expressam nas seguintes perguntas: E por que falar em humanização quando as relações estabelecidas no processo de cuidado em saúde se dão entre humanos? Estaríamos com esse conceito querendo apenas “tornar mais humana a relação com o usuário”, dando pequenos retoques nos serviços, mas deixando intocadas as condições de produção do processo de trabalho em saúde?

Devemos tomar cuidado para não banalizar o que a proposição de uma Política de Humanização traz ao campo da saúde, muita vezes assumindo também nas instituições um status de padronização, já que as iniciativas se apresentam, em geral, de modo vago e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade, um “favor”, portanto, e não um direito à saúde. Além de tudo, o “alvo” dessas ações é, grande parte das vezes, o usuário do sistema, que, em razão desse olhar, permanece como um objeto de intervenção do saber do profissional. Raras vezes o trabalhador é incluído e,

mesmo quando o é, fica como alguém que “também é ser humano”!) e merece “ganhar alguma atenção dos gestores”.

Barros (2011) ressalta que uma prática de cuidado humanizada, a partir da Política Nacional de Humanização, teria como direção processos de subjetivação que se efetivam como alterações dos modelos de gestão e de cuidado em saúde, produção de novos sujeitos e novas práticas, tomando a vida em seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas.

Tematizar a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.

Portanto, para a construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS.

O risco de tomarmos a Humanização como mais um programa seria o de aprofundar relações verticais em que são estabelecidas normativas que “devem ser aplicadas e operacionalizadas”, o que significa grande parte das vezes, efetuação burocrática, descontextualizada e dispersiva, por meio de ações pautadas em índices a serem cumpridos e em metas a serem alcançadas independentemente de sua resolutividade e qualidade.

Ainda norteado pelo Humaniza SUS (2004), entende-se que a Humanização se define como aumento do grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, o que implica em mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho.

Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. O confronto de idéias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão,

devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. De fato, nossa tarefa se apresenta dupla e inequívoca, qual seja a da produção de saúde e a da produção de sujeitos.

A Política de Humanização ressalta ainda a importância da ação articulada, integrada em rede, referindo que a Rede de Humanização em Saúde é uma rede de construção permanente e solidária de laços de cidadania. Trata-se, portanto, de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas, e com este olhar é que o fazer dos profissionais de saúde deve se pautar, principalmente as nossas mulheres e aos nossos bebês. A humanização enquanto política tem a integralidade do cuidado como sua imagem objetiva.

E quando falamos em integralidade do cuidado em assistência neonatal e materna, não podemos permitir o pensar e o agir em saúde, separando o bebê e sua mãe, os mesmos devem ser respeitados em suas necessidades específicas, considerando também a interface estabelecida entre ambos, o que também vem sendo pensado a partir do olhar das políticas públicas, a seguir um olhar sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

3.2- POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Em relação à Evolução das Políticas de atenção à saúde da mulher, o documento do Ministério da Saúde (2011) ressalta que no Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Naquele momento tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução.

A Política Nacional de atenção integral a saúde da mulher refere ainda que as mulheres organizadas argumentavam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres acabavam por se traduzir e produzir problemas de saúde que afetavam consideravelmente a população feminina. Era então necessário se fazer alguma coisa, foi então que criticando tais relações desiguais, buscaram identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e conseqüentemente na qualidade de vida da população.

Antecedendo a Política Nacional de Atenção a Saúde da Mulher, com base na luta e reivindicações das mulheres é que em 1984, o Ministério da Saúde elabora o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo. O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do SUS.

Coelho et al (2011) ressalta que as políticas destinadas a dar respostas a um determinado problema de saúde, ou responder aos que atingem certo grupo populacional, podem trazer as marcas da integralidade. Assim ocorreu com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, fruto da luta feminista que construiu, ao longo do tempo, conhecimento sobre as demandas das mulheres para além das especificidades reprodutivas, o que representou uma ruptura com a perspectiva biologizante materno-infantil.

Coelho et al (2011) refere ainda que: na atenção à saúde das mulheres, compreendemos a integralidade como a concretização de práticas de atenção que garantem o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres.

O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família. Porém, na avaliação acerca do processo de sua implementação, o programa

começa a apresentar dificuldades, inclusive também na implantação. Nesse balanço são apontadas ainda várias lacunas, tais como: atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infectocontagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas.

A Política nacional de atenção integral a saúde da mulher, *Princípios e Diretrizes*” é produzida a partir da parceria com diversos setores da sociedade, em especial, com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Nesse sentido, reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.

As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e bem estar.

Segundo Brasil (2011) a política incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades.

O documento considera a diversidade dos 5.561 municípios, dos 26 estados e do Distrito Federal, que apresentam diferentes níveis de desenvolvimento e de organização dos seus sistemas locais de saúde e tipos de gestão.

Segundo a PNAISM (2011) as mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos e amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança.

Faz-se relevante destacar os principais objetivos desta política, que são:

-Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro;

– Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie;

– Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS.

Serruya et al (2004) lembram que o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), instituído pelo MS em 1983, apresentou um deslocamento de olhar na atenção à saúde da mulher, obrigando os serviços e gestores a pensarem de forma mais ampla sobre a questão. Com quase duas décadas já passadas, a implantação do programa foi bastante diferenciada em todo país, e assim passava a refletir os diferentes graus de compromisso político dos governantes com a questão da mulher, heterogeneidade nas estratégias adotadas para o desenvolvimento e organização do sistema de saúde.

Então, a partir das políticas de saúde voltadas para atenção à saúde da mulher, percebe-se um novo olhar que se estende também para a assistência materna e perinatal, demandando assim mudanças na qualidade do cuidado ao parto e nascimento, inserindo-os na perspectiva de humanização e integralidade, o que trazemos a seguir.

3.3- CUIDADO HUMANIZADO NO PARTO E NASCIMENTO

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), o conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, inicia-se no perinatal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade.

A assistência humanizada à saúde mulher tem passado por grandes transformações, dentre as principais orientações que devem permear um cuidado humanizado estão: a mulher deve receber informações sobre a gravidez e escolher o parto que deseja conhecer os procedimentos da rotina do parto; não ser submetida à tricotomia se não desejar; recusar a indicação do parto feita por conveniência médica; não ser submetida à ruptura artificial da

bolsa amniótica; escolher a posição no trabalho de parto; recusar a realizar a episiotomia; não se submeter à cesárea, ao menos que haja risco para si e para o bebê; começar a amamentar o recém-nascido sadio logo após o parto, poderá exigir ficar junto com seu bebê sadio; requerer um acompanhante a sua escolha no parto e puerpério (Ministério da Saúde, BRASIL, 2001).

Dias e Deslandes (2006) refletem que as metáforas médicas sobre o corpo da mulher em trabalho de parto ajudam a compreender a maneira como esses profissionais percebem a necessidade de sua atuação neste momento. Lembram que a visão ocidental mecanicista do corpo humano prevalecente nos séculos XVII e XVIII inicia-se nos hospitais franceses onde o útero era visto como uma máquina mais ou menos adequada para expelir o feto e assim como máquina o útero poderia apresentar problemas de funcionamento, e seu desempenho serem melhorado com intervenções realizadas pelos técnicos especializados. Os mesmos autores referem que:

“a medicalização termina por ser um fim em si própria, uma vez que os procedimentos devem ser realizados pelos próprios médicos”. Isso Justifica não apenas a necessidade da hospitalização e o emprego de novas tecnologias como sua presença e controle sobre o processo de Nascimento. no conjunto, a medicalização do processo de parturição nega a capacidade da mulher de parir com segurança sem o auxílio e define para ela um papel cada vez mais passivo na gestação e no nascimento do bebê. (p.357)

Com o avançar das políticas públicas, o olhar para a saúde da mulher vem mudando a cada dia e agora ela é vista como sujeito de sua saúde, e assim sua integralidade ultrapassa o olhar fragmentado que antes se tinha no momento em que se encontrava grávida, Nagahama e Foucault (2005; 2004) ressaltam que:

“o exercício de pensar que o que está dito é o que não é, ou seja, não são mais apenas mamas, colo e gestação, faz com que isso continue a ser a principal referência das práticas em saúde para as mulheres”. O corpo como um construto social é atravessado por múltiplos discursos... em determinados regimes de verdade que demarcam determinadas formas de ser mulher e de ter cuidados com a saúde e com o corpo feminino. O Corpo como marca das diferenças das mulheres, está marcado como um corpo que reproduz. (p.4)

Dias e Deslandes (2006), referem que é a partir da identificação dos elementos que descaracterizam, ao longo do tempo, no modelo biomédico, o processo de parturição até então centrado na mulher, que tem se dado a demanda pela sua humanização.

No ano de 2004, no âmbito da Presidência da República, foi firmado o "Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal" com o objetivo de articular os atores sociais mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças.

No Pacto houve a adesão de 26 Unidades Federadas, em um movimento articulado com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde- CONASEMS, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – SEPM, a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR e a Secretaria Especial de Direitos Humanos, entre outras instituições governamentais e da Sociedade Civil. Esse processo de pactuação foi considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) exemplar como modelo de mobilização e diálogo social.

A redução da mortalidade neonatal foi assumida como umas das metas para a redução das desigualdades regionais no País em 2009 sob a coordenação do Ministério da Saúde. O objetivo traçado foi de reduzir em 5% as taxas de mortalidade neonatal nas regiões da Amazônia Legal e do Nordeste brasileiro.

No cenário internacional, o Brasil assumiu as metas dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, dentre as quais está a redução da mortalidade infantil. O Objetivo do Desenvolvimento do Milênio quatro (ODM 4) tem como meta reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade.

Ao falarmos da assistência neonatal não podemos dissociá-la da assistência à saúde da mulher, pois sabemos que o nascimento de bebês prematuros e de risco está diretamente relacionado com a deficiência no atendimento à mulher gestante. Dias e Deslandes (2006) ressaltam que a ênfase dada apenas aos aspectos biológicos, durante todo o acompanhamento do processo de parto e nos cuidados imediatos com o bebê, é exagerada e ocorre em detrimento dos aspectos psicossociais da gravidez e do parto. "Estes autores observam que para os médicos torna-se mais fácil medicalizar um processo como esse quando o corpo da mulher é considerado à parte do seu contexto social e cultural." **As rotinas desse modelo envolvem não apenas as mulheres, mas também os bebês, que após o nascimento são separados da mãe para a realização das rotinas de cuidados. (p.358)**

Os autores colocam como ponto relevante também as respostas a essas demandas da assistência à mulher a construção de uma Política Nacional de Qualificação de Atenção ao Parto além do Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento, que tem como principal estratégia a ratificação de que a humanização da assistência à mulher gestante é inerente aos cuidados com garantia de um melhor acesso, cobertura e qualidade do

acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido na perspectiva dos direitos de cidadania.

Serruya et al (2004), em relação ao referido programa lembram que o mesmo é fundamentado no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e puerpério, compreendendo dois aspectos fundamentais que são: à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e recém-nascido, o que requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e organização da instituição visando acolher bem para romper com o isolamento antes imposto à mulher, o segundo aspecto é a adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o RN e que frequentemente desencadeiam riscos para os mesmos.

Apesar dos critérios relativos ao número de consultas do pré-natal recomendadas pelo programa com o número mínimo de seis consultas e realização de alguns exames específicos devidamente estabelecidos, isto ainda se constitui como um desafio para a assistência, pois a realidade vivida dentro das maternidades e espaços de saúde que recebem as mulheres, o que se observa no dia a dia é que ainda temos um pré-natal com muitas dificuldades, mostrando assim também dificuldades na garantia de uma melhor atenção básica. Aqui, é importante lembrar que tal contexto é o que tem gerado partos e nascimentos prematuros em nosso estado, aumentando a demanda por atendimentos e comprometendo a futura qualidade de vida deste bebê, que nestas condições ao invés de ir para o calor do colo materno, irá para a frieza das máquinas alocadas em nossas unidades neonatais, e muita das vezes para frieza das pessoas também.

Atualmente, a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso país. De fato, o componente neonatal da mortalidade infantil é aquele estreitamente vinculado aos cuidados no período da gestação, do nascimento e do recém-nascido. Implica, portanto, o acompanhamento por parte dos profissionais de saúde em todo ciclo de gestação, a atenção adequada no momento do nascimento e os cuidados destinados aos recém-nascidos, em todos os níveis de complexidade.

Kimura et al (2009) ressalta que o enfoque da OPAS ao processo contínuo de saúde materna, neonatal e da criança inclui os períodos pré- concepcional, gravidez, parto, pós-parto e infância do bebê. Estas entidades destacam que a saúde neonatal deve ser incluída na agenda de saúde dos países da América Latina e Caribe, com ênfase na promoção de políticas e

programas eficazes, nas bases científicas para atenção ao recém-nascido em serviços de saúde e comunidades dentro do sistema de saúde. O documento destaca que a saúde neonatal deve ser de alta prioridade se a Região pretende atingir a Meta do Desenvolvimento do Milênio número 4, *a mortalidade neonatal não mais deve passar despercebida*, estabelecida em 2000 para 2015.

Os investimentos mais recentes e mais completos do Ministério da Saúde, no que se refere ao contexto das políticas públicas abrangendo a assistência neonatal e saúde da mulher estão no Método Canguru e na Rede Cegonha, o primeiro já consolidado e implantado na maioria de nossas maternidades públicas e o segundo apesar de já consolidado politicamente, até mesmo pela sua recente elaboração e publicação vem aos poucos sendo implantado. A seguir para o conhecimento do leitor, contextualizamos objetivamente estes dois programas:

3.4- MÉTODO CANGURU-ATENÇÃO HUMANIZADA AO RN DE BAIXO PESO

O Método Canguru hoje já é considerado como uma Política Pública na assistência neonatal e vem se firmando como inerente a realidade de qualquer maternidade pública no país, inclusive em recente encontro (março de 2012) ocorrido em Brasília existe uma perspectiva de mudança em sua nomenclatura: de Método Canguru para Cuidado Canguru, já se entendendo que o cuidado não pode acontecer de forma padronizada e formal.

O Método Canguru foi inicialmente idealizado na Colômbia no ano de 1979, no Instituto Materno Infantil de Bogotá, como proposta de melhorar os cuidados prestados ao Recém-Nascido pré-terno naquele país, visando baratear os custos da assistência perinatal e promover através do contato pele a pele mãe e bebê maior vínculo afetivo, maior estabilidade térmica e melhor desenvolvimento. O Ministério da Saúde por intermédio da área Técnica de Saúde da Criança passou a analisar essa nova prática instituída já desde 1997 nos hospitais Materno-Infantil em vários lugares do Brasil e dessa forma lançou por meio da Portaria n.693 de 05/07/2000 a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru) e depois a Portaria n.1.683 de 12/07/2007, que tem como objetivo difundir e instrumentalizar profissionais da saúde na utilização do Método, que é uma mudança do paradigma da atenção perinatal e vem sendo considerado como uma política pública que está sendo fortalecida e ampliada no Brasil, uma vez que foi incorporada às ações do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Segundo o MS (2011), a “prática canguru” associa todas as correntes mais modernas de atenção ao Recém-nascido, incluindo necessariamente os requisitos da atenção biológica,

dos cuidados técnicos especializados, com igual ênfase à atenção psicoafetiva, à mãe, à criança e à família, não esquecendo também o olhar para o cuidado com o cuidador, tendo como princípio básico para uma boa atenção perinatal o cuidado com a equipe de saúde.

O método canguru é hoje um dos melhores modelos de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico-social, sendo voltado para o cuidado com a gestante de risco, com o recém-nascido baixo peso e com a família, preconiza, sobretudo o contato pele a pele que começa com um simples toque até evoluir para a posição canguru, devendo ser iniciado de forma precoce e crescente.

Brasil (2011) ressalta que o método Canguru é desenvolvido em três etapas, são elas:

❖ PRIMEIRA ETAPA

É iniciada no pré-natal da gestação de alto risco seguido da internação do RN na Unidade Neonatal, nesta etapa os principais cuidados recomendados são:

- Acolhimento dos pais e da família na Unidade Neonatal;
- Esclarecimento sobre as condições de saúde do RN e sobre os cuidados dispensados, sobre a equipe, as rotinas e o funcionamento da unidade neonatal;
- Estimulação do livre acesso dos pais à Unidade Neonatal, sem restrição de horário e contato precoce com o bebê;
- Garantia de acompanhamento da primeira visita dos pais na unidade, comunicando a eles as peculiaridades do seu bebê e demonstrando suas competências;
- Garantia à puérpera de permanecer na unidade hospitalar pelo menos nos primeiros cinco dias, oferecendo o suporte assistencial necessário;
- Adequar o cuidar de acordo com as necessidades individuais comunicadas pelo bebê
- Garantir ao bebê medidas de proteção do estresse e da dor.

❖ SEGUNDA ETAPA

O método Canguru, nesta etapa, reflete a maior possibilidade de vinculação afetiva e proximidade corpo a corpo entre a mãe e seu bebê, permanecendo juntos de maneira contínua por 24 horas, fazendo a posição Canguru o maior tempo possível, constitui-se como um estágio pré-alta hospitalar.

Nesta etapa, o bebê necessita estar em condições de estabilidade clínica, alimentando-se no seio materno, ou por sonda gástrica ou copo e peso mínimo de 1.250gr e a mãe com

desejo e disponibilidade de tempo para ficar com o bebê e com bom relacionamento com a equipe e sua família.

A equipe de saúde deve orientar a mãe e ajudá-la a reconhecer os sinais de estresse e as situações de risco do recém-nascido, permitir o afastamento temporário da mãe de acordo com suas necessidades, acompanhar a evolução clínica e o ganho de peso diário do bebê, avaliar possíveis alterações das mães nesta etapa para encaminhamentos necessários.

Segundo MS (2011), os critérios para alta hospitalar e transferência para terceira etapa são: mãe segura, psicologicamente motivada, bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do bebê, compromisso materno e familiar para realização da posição pelo maior tempo possível, peso do bebê mínimo de 1.600g, sucção exclusiva ao peito ou, em situações especiais, mãe e família habilitados a realizar a complementação, assegurar acompanhamento ambulatorial até o peso de 2.500g, garantia de retorno ao hospital pós-alta até 48 horas da alta e as demais no mínimo uma vez por semana, garantir atendimento na unidade hospitalar de origem, a qualquer momento até a alta da terceira etapa.

❖ TERCEIRA ETAPA

Esta etapa se caracteriza pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade à abordagem biopsicossocial. Constituem-se como atribuições do ambulatório de acompanhamento:

- Realizar exame físico completo da criança tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento como um todo
- Avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família e oferecer o devido suporte
- Apoiar a manutenção de rede social de apoio
- Corrigir as situações de risco, como ganho inadequado de peso, sinais de refluxo, infecção e apneias.
- Orientar e acompanhar tratamentos especializados
- Orientar esquema adequado de imunizações.

O Ministério da Saúde (2011) recomenda que o seguimento ambulatorial deva apresentar as seguintes características:

- Ser realizado por médico e/ou enfermeiro, que, de preferência, tenha acompanhado o bebê a família nas etapas anteriores.

- O atendimento, quando necessário deverá envolver outros membros da equipe interdisciplinar.
- Ter agenda aberta, permitindo retorno não agendado, caso o bebê necessite.
- O tempo de permanência em posição canguru será determinado individualmente por cada díade
- Após o peso de 2.500g, o seguimento ambulatorial deverá seguir as normas de crescimento e desenvolvimento do Ministério da saúde.

Adotar este método de atendimento, ou melhor, dizendo, esta forma de cuidado, que se sustenta na humanização da assistência neonatal é contribuir para uma promoção de mudanças nas instituições de saúde na busca de uma atenção integral para que nossas futuras crianças possam tornar-se cidadãos e ter uma boa qualidade de vida, junto a sua rede de apoio familiar e também rede de apoio de serviços de saúde, o que de forma mais abrangente é proposto e completado pela Rede Cegonha, que articula todas as necessidades que envolvem o contexto mulher-mãe-bebê-profissional de saúde, o que será visto a seguir.

3.5- REDE CEGONHA COMO A MAIS RECENTE POLITICA VOLTADA PARA O CUIDADO INTEGRAL A GESTANTE E AO RN

A Rede Cegonha se apresenta como uma estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil, lançada através da portaria nº1459 de 24 de junho de 2011 constituindo-se como uma rede de cuidados que oferece a mulher uma série de direitos quanto à atenção integral no momento da gravidez, parto e puerpério.

A portaria ressalta em seu art. 1º, que é uma rede instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

A Rede Cegonha tem como seus princípios o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos, o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização

com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Segundo Brasil (2011), constituem-se como principais objetivos da Rede Cegonha:

- Implementar um *Modelo de Atenção ao Parto e ao Nascimento* com base em evidências científicas e nos princípios da humanização.
- Implementar um Modelo de Atenção Integral à Saúde da Criança visando uma infância saudável.
- Articular redes de atenção de forma a garantir acesso, vinculação, acolhimento e melhoria da resolutividade.
- Reduzir a mortalidade materna e neonatal.

A Rede Cegonha é organizada levando-se em consideração quatro (4) componentes: o pré-natal, o parto e o nascimento, o puerpério e atenção integral à saúde da criança e o sistema logístico com transporte sanitário e regulação.

De uma maneira geral, as políticas formuladas no âmbito da saúde da mulher e da criança dialogam fortemente com o tema da humanização e da integralidade. Seus recortes expressam as metas a serem atingidas em cada momento específico, quer a partir de compromissos específicos, como o da redução da mortalidade infantil, quer a redução da mortalidade materna e neonatal, como o caso da Rede Cegonha. Vale ressaltar, que todas se baseiam na construção da PAISM, esses vários recortes, desenhos e metas elencados nas proposições e nas formulações, são focos que, quando articulados, recompõe do ponto de vista da prática em saúde os princípios norteadores da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher. No caso do nosso objeto, observar de que forma a integralidade se viabiliza em uma Unidade neonatal, não é senão, uma forma de refletir sobre essa perspectiva.

Costa et al (2004) refere que a formalização das políticas públicas na assistência materno-infantil ocorreu a partir da década de 70, com a implantação do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), cujas ações estavam basicamente voltadas para o acompanhamento do pré-natal, o controle dos partos domiciliares e do puerpério, e também para ações de promoção de saúde da criança, este programa tinha um alcance limitado por se dirigir principalmente à assistência pré-natal, negligenciando medidas como a continuidade do cuidado até o parto.

A pressão dos movimentos sociais (de moradia, da saúde, dos médicos, das mulheres) ocorrida no final dos anos 70 pela redemocratização do país, dentre esses, o da reforma sanitária foram muito importantes nas conquistas das políticas de saúde voltadas à atenção materno-infantil, e aqui nesta época, o recém-nascido não era visto como sujeito do cuidado

era subsumido na atenção integral á mulher-mãe, o que foi melhorado no início dos anos 80 com a regulamentação do Alojamento conjunto, pela Portaria 18 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) em 1990 com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente, onde o recém-nascido passou então a integrar as preocupações no âmbito das políticas, especialmente por se beneficiar da atenção em saúde voltada a sua genitora.

Sob a análise ainda do mesmo grupo de autores, os mesmos lembram que sequencialmente ao ECA, em 1991 foi elaborado e divulgado pelo MS o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), que refletia os cuidados ao Recém-nascido, proposta que possibilitou a organização da assistência perinatal de forma hierarquizada e regionalizada; melhoria da assistência ao parto, melhoria do cuidado ao RN, promovendo o alojamento conjunto e reservando os berçários para os neonatos de risco; o incentivo ao aleitamento materno, entre outros aspectos. Foi neste período que as políticas iniciaram o esboço de ações que buscam contemplar o RN como sujeito do cuidado, na sua integralidade, considerando a sua individualidade e especificidade, inda que de forma incipiente.

As políticas públicas aqui referenciadas na área da assistência á saúde da mulher e da criança refletem sobremaneira a preocupação com o modo como vem sendo produzido o cuidado em saúde na perspectiva de uma atenção integral ás pessoas, no caso mulheres e crianças, todas tem em suas prioridades a integralidade da atenção à saúde, então não podemos falar em integralidade e cuidado sem nos remetermos às políticas, aliás, elas nascem na política e dela sempre vão fazer parte.

Merhy (2007) ressalta que a necessidade de construir uma nova maneira de se produzir saúde em uma ampla rede de serviços públicos, que procurasse enfrentar o tema do acolhimento dos usuários nos estabelecimentos de saúde, tentando construir um agir cumpliciado do trabalhador com a vida individual e coletiva, estimulou um conjunto de reflexões teóricas que nos permitissem constituir um modo competente de realizar a mudanças nos modelos de atenção existentes. Complementa ainda que *“usuários como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desrespeitados, desprezados”*.

E é justamente com base nestas necessidades dos usuários que as políticas se voltam para fazer não somente refletir as questões de saúde, mas, sobretudo vivenciar novas ações dentro dos espaços, principalmente avaliando e readequando práticas assistenciais, discutindo a saúde como um ato político, porém isso somente acontece se houver envolvimento de todos os atores como: os gestores dos hospitais e da política de saúde, trabalhadores de saúde e principalmente usuários dos serviços de saúde, ambos necessitando estar articulados, em rede

e adotando entre si um compromisso ético, político, de vida, de respeito à realidade cultural às individualidades que permeiam a questão da saúde, necessitando também constantemente avaliarem e monitorarem resultados, avanços e dificuldades.

Como bem ressalta Merhy (2003), o sistema de saúde é, na verdade um acampo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre racionais, muitas vezes interrompidos e truncados. Este mesmo autor refere:

Mais do que um sistema, deveríamos pensar em uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos que deles necessitam”. Uma das consequências desta forma de funcionamento é a imensa dificuldade de se conseguir a integralidade do cuidado, quando nosso ponto de observação é o usuário e não este ou aquele serviço de saúde. A integralidade do cuidado que cada pessoa real necessita frequentemente transversaliza todo o sistema, não há integralidade radical sem esta possibilidade de transversalidade. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. (p.4)

As políticas públicas refletem o fato de que nada, quando tratamos de saúde é estanque, simplesmente pela dinamicidade em que acontecem práticas de cuidado em saúde, cada vez mais se tem a compreensão que é preciso avançar, melhorar, mudar. Se formos analisar aqui, segundo as políticas citadas (Política nacional de atenção integral a saúde da mulher, política de humanização, humanização do parto e nascimento, Estatuto da criança e do adolescente, Método Canguru, Rede Cegonha, etc.) teremos a compreensão de que se complementam, apesar de não acontecerem na história ao mesmo tempo, mas surgiram em meio a lutas de classes e comunidades com pensamentos e necessidades diferentes, mas que hoje refletem muitas mudanças dentro dos nossos serviços de saúde, principalmente no sentido de se garantir um cuidado humanizado dentro do que compreendemos como integralidade em saúde.

Aqui é importante também lembrar da contribuição que as políticas públicas de saúde tiveram na construção da integralidade e na perspectiva de melhor cuidado da saúde nossas crianças, pois com muitas mudanças nas ações e serviços de saúde preconizados por políticas específicas na área de saúde e criança, pode se ter garantido também um melhor acesso para os usuários, bem como melhores condições de trabalho para os profissionais.

Dados muito recentes não poderiam deixar de serem citados, pois estamos falando de saúdes, do futuro de pequenos cidadãos, que são nossos bebês. Segundo **O Relatório Progresso 2012**, divulgado pela Organização das Nações Unidas neste mês corrente, destaca

que o Brasil já alcançou os índices de redução de mortes em crianças definidos pelas metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODB), em relação à mortalidade de crianças com menos de cinco anos de idade. O acordo internacional previa a redução em 2/3 da mortalidade desse público entre 1990 e 2015, sendo que o Brasil apresentou redução de 73% das mortes na infância desde 1990 e este ano, a taxa brasileira indicava que a cada mil crianças nascidas vivas, 58 morriam antes de completar cinco de anos de vida. Em 2011, o órgão internacional mostra que o índice reduziu para 16/1.000.

Os dados divulgados pela ONU estão dentro das expectativas do Ministério da Saúde e confirmam que as políticas de Saúde Pública do governo federal voltadas para a família, à gestante e à criança tem surtido efeito. Em 2011, o Brasil foi um dos cinco países que mais teve redução da mortalidade em crianças, índices que continuarão melhorando com a Rede Cegonha, que visa reforçar a qualidade no pré-natal e também a qualidade na assistência ao parto.

As políticas engendram pelo caminho da construção e luta de coletivos, dos encontros, do fazer político dentro das instituições, aspectos que vão ao encontro da perspectiva da integralidade, no sentido de que, como nos diz Guizardi e Pinheiro (2008): *a integralidade como uma construção coletiva que ganha força e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicado... uma transformação no agir que o afaste da referência de intervenção e o aproxime da noção de cuidado.*

Estes mesmos autores compreendem que a integralidade remete antes à noção de cuidado do que à de intervenção, já que em seu campo de atravessamentos e construção os procedimentos e técnicas empregados se tornam secundários às relações engendradas: cuidar requer a aceitação de outro sujeito, a aceitação dessa dimensão de encontro desejante, que constitui o campo de ação das políticas de saúde. Um bom projeto de construção de integralidade nos espaços públicos necessita sempre de encontros concretos que devem ser configurados entre profissional/serviço; serviço com seu outro, usuário/comunidade, já que apenas nestes encontros dito concretos é que as práticas são consolidadas, então é no dia a dia desses atores que a política existe como materialidade, como produção e realidade social é nesta perspectiva de encontros que tratamos a integralidade e o cuidado neste estudo.

4- DESENHO METODOLÓGICO

A pesquisa foi desenhada a partir da metodologia qualitativa em saúde, por se tratar de uma temática caracterizada por processos de ordem subjetiva, dinâmica e pluridimensional, como é o caso da integralidade em saúde e caracterizou-se também por ser uma pesquisa em serviço, pelo fato da pesquisadora trabalhar na instituição pesquisada, uma implicação que revelou ser intrínseco o caráter de uma observação participante, em que, os fenômenos do processo de trabalho foram observados de forma a revelar suas díades e suas nuances imbricados em um juízo de valor, próprio de uma prática profissional engajada. As ferramentas metodológicas serviram de "atenuantes" e lentes para se "desvelar" a realidade estudada.

4.1- PESQUISA QUALITATIVA: CARACTERÍSTICAS

A pesquisa qualitativa responde as questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Segundo Minayo (2007), esse conjunto de fenômenos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada por seus semelhantes, na pesquisa qualitativa observa-se uma relação entre o pesquisador e sua pesquisa, o que coaduna com o campo das ciências sociais, onde existe uma identidade entre sujeito e objeto.

Santos (2010) compreende que a ciência social será sempre subjetiva e tem de compreender os fenômenos sociais a partir de atitudes mentais e do sentido que os agentes conferem as suas ações, para isso sendo necessário então usar métodos de investigação e critérios epistemológicos diferentes dos correntes nas ciências sociais, como os métodos qualitativos, com vista à obtenção de um conhecimento intersubjetivo, descritivo e compreensivo, em vez de um conhecimento objetivo, explicativo e nomotético.

Ana Maria (2010) refere que a pesquisa qualitativa requer métodos próprios, com a presença de dados subjetivos e não deve representar falta de informação, mas uma escrita específica que descreva o fenômeno estudado, incluindo as observações do pesquisador e os dados considerados subjetivos. Acrescenta ainda que, neste tipo de pesquisa, a busca é

compreender um fenômeno específico em profundidade, por isso a realidade é construída a partir do próprio estudo, devendo o pesquisador observar, analisar, decifrar e interpretar significações dos sujeitos do estudo, e não apenas descrever fatos ou comportamentos.

A metodologia qualitativa, como sugere Turato (2005: 1-10), aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das ciências humanas e sociais, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas, o significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas vão organizando seus modos de viver, incluindo seus próprios cuidados com a saúde.

4. 2- CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário escolhido para o desenvolvimento da pesquisa foi uma das UTIs neonatais da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, devido representar dentro da clínica de neonatologia um espaço de assistência bem específico, que recebe em sua maioria os recém-nascidos prematuros vindos das salas de parto, centro obstétrico ou procedentes de outros hospitais com índice de gravidade maior que os outros bebês da unidade.

A UTI neonatal I é composta de 20 leitos, em sua maioria recém-nascidos prematuros, de alto risco e com baixo peso (peso de nascimento < 2500g). É assistida por uma equipe de saúde multiprofissional que totaliza em média 18 profissionais por turno.

O acesso dos pais (pai e mãe) dos bebês internados na UTI neonatal é praticamente livre, sendo permitido por 12 horas, todos os dias, acontecendo de 08 às 20h, o que é muito importante considerando a relevância dos mesmos ao lado de seu bebê.

Foi considerada neste estudo a relação estabelecida entre usuários e profissionais de saúde no processo de trabalho do cotidiano, em que ambos dispensam e atribuem sentidos ao cuidado com os bebês.

É importante ressaltar o cumprimento da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, onde todos os sujeitos da pesquisa participaram da mesma mediante estarem cientes e de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi lido pelo (a) pesquisador (a) para os participantes da pesquisa e após compreendido, aceito e assinado.

4.3- DEFINIÇÕES DA PESQUISA E COLETA DE DADOS

Esta dissertação constituiu-se em uma pesquisa participante, caracterizada segundo Michalyszyn e Tomasini (2011) pela interação entre os pesquisadores e o grupo social pesquisado, ocorrendo entre eles certo envolvimento de modo cooperativo ou participativo e supõe o desenvolvimento de ações planejadas, sobretudo de caráter social.

Foram adotadas como técnica de pesquisa para a coleta de dados a entrevista semiestruturada e o diário de campo, onde os cenários principais eram ora a Unidade Neonatal (mais especificamente na UTI neonatal), ora a sala do serviço de psicologia da clínica de neonatologia, ambos os espaços permeados por situações de intercorrências, resistências, desconfianças pela presença da profissional-pesquisadora, que ali, naquele momento analisava a realidade da prática profissional vista com outros olhos. A entrevista para Canzoniere (2010) é um momento de encontro na pesquisa qualitativa, onde o pesquisador e sujeito interagem entre si revelando empatia, percepções, emoções, entre outros aspectos.

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais de saúde que trabalham na UTIN- UTI Neonatal da Fundação Santa Casa, constituídos por uma equipe multiprofissional (pediatra, psicólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo), bem como os cuidadores dos bebês prematuros internados, aqui neste caso representados pelos pais (pai e mãe).

Os critérios de inclusão adotados para os pais dos RNs foram os seguintes: de que seus bebês fossem nascidos prematuros, de baixo peso e tempo de internação do bebê igual ou superior a sete dias.

A amostra quanto à equipe de saúde foi a seguinte: dois pediatras, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, um psicólogo, um assistente social, um fisioterapeuta e um fonoaudiólogo, a diferenciação na amostra referente ao quantitativo de profissionais justifica-se por dois aspectos: primeiro porque são considerados como a equipe que se encontra na assistência direta aos bebês diariamente, diferentemente dos outros profissionais considerados como equipe de apoio.

A amostra quanto aos usuários foi a de 20% (vinte por cento) do total de 20 (vinte) leitos de bebês internados, sendo entrevistados então 04(quatro) cuidadores, um casal de pais, e mais três mães.

A entrevista semiestruturada é caracterizada pela existência de um roteiro previamente estabelecido, onde há perguntas preestabelecidas, porém se estabelece uma

conversação continuada entre pesquisador e sujeito, dirigida pelo pesquisador para atender aos seus objetivos.

Foi utilizado como instrumento de pesquisa o gravador para registro das entrevistas, caso os usuários e profissionais concordassem com o uso do mesmo e/ou a transcrição das entrevistas em diário de campo.

As entrevistas aconteceram na Sala do serviço psicologia da Unidade neonatal, onde estarão presentes a pesquisadora e os entrevistados (as).

É importante ressaltar que o diário de campo foi o instrumento utilizado para o registro de dados coletados em campo, e principalmente no momento em que ocorreram as situações, especialmente, sendo registrados dados referentes ao processo de trabalho dos profissionais de saúde atuando na assistência neonatal.

4.4- DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA E TRABALHO DE CAMPO

Os passos correspondentes à fase exploratória da pesquisa foram os seguintes:

- a) Revisão bibliográfica, compreendendo literatura especializada sobre o objeto de estudo proposto (cuidado e integralidade na assistência neonatal).
- b) Consulta de periódicos e artigos científicos relacionados, através de sites de busca e consulta em bases dados específicas.
- c) Consulta ao Relatório de Gestão da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará acerca de dados atualizados das clínicas de tocoginecologia e neonatologia.
- d)** Elaboração da fundamentação teórica do projeto estabelecendo os núcleos ou eixos temáticos que estruturam e organizam a proposta apresentada pelo problema de pesquisa.

O trabalho de campo foi dividido nas seguintes fases:

- a) Encaminhamento e Cadastramento do projeto no Sistema Plataforma Brasil , para apreciação. Conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que determina que todo e qualquer projeto de pesquisa, relativo a seres humanos (direta ou indiretamente) necessita ser submetido à apreciação. Foram respeitados os aspectos legais, morais e éticos. Esta pesquisa não causou riscos às pessoas envolvidas será mantido o sigilo sobre a identidade dos participantes e os resultados poderão ser publicados, sendo garantido o total anonimato, e não sendo violadas as normas do consentimento informado, preservando assim a autonomia e o respeito aos indivíduos participantes desta pesquisa. Estes foram informados sobre os objetivos e a metodologia da pesquisa e ao aceitarem

voluntariamente participar desta, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

b) Estabeleceu-se contato com os profissionais de saúde das UTIs neonatais, e com os cuidadores (pais) dos bebês internados.

c) Observação direta da rotina e processo de trabalho durante uma semana, duas horas em cada turno de trabalho, devidamente registrada em diário de campo.

d) A Coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de entrevistas semiestruturadas junto aos profissionais de saúde e usuários, constando na primeira parte dados de identificação do público alvo e a na segunda um roteiro baseado no objeto desse estudo. As entrevistas foram gravadas (no caso de autorização dos participantes) e/ou transcritas para análise, além de registradas em diário de campo.

Por último, foram realizadas análises e tratamento do material empírico coletado, à luz dos estudos e autores que pesquisam sob a temática do projeto, considerando aspectos relacionados e inerentes a produção da integralidade no cuidado e assistência neonatal, tendo como base o atendimento que é dispensado aos usuários, as tecnologias e práticas de saúde usadas no cuidado com os bebês.

5- UM OLHAR SOBRE A FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ

A Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA) existe há 360 anos e sua trajetória faz parte da própria história da saúde no Estado do Pará e da história de vida de muitos paraenses, sendo a maternidade Referência na Assistência à Saúde da Mulher e da Criança na região Norte.

A Santa Casa de Misericórdia do Pará é um símbolo na área de saúde pública do Estado constituindo-se como uma instituição que se tornou referência no atendimento oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é credenciado como Amigo da Criança pelo Ministério da Saúde e hoje é considerado um dos maiores centros de neonatologia do Brasil e da América Latina.

O hospital possui 376 leitos sendo 100% de atendimento ao SUS, conta com cinco ambulatórios referenciados pela Unidade Básica de Saúde para várias especialidades médicas, ou seja, as consultas são marcadas via Unidades Básicas de Saúde.

1. Ambulatório do Prematuro: atendemos recém nascidos de alta hospitalar, mas que necessitam do atendimento especializado, onde funciona também a terceira etapa do Método Canguru.

2. Ambulatório da Mulher.

3. Ambulatório de Pediatria.

4. Ambulatório de Especialidades Cirúrgicas.

5. Ambulatório de Especialidades Clínicas.

A Maternidade da FSCMPA atende as usuárias em regime de urgência e emergência, nas áreas de obstetrícia, conta com 110 leitos e mantém uma taxa de ocupação de 96% diariamente. A Triagem Obstétrica realiza o acolhimento de risco no momento do cadastro da paciente. O Acolhimento de Risco é uma iniciativa do Ministério da Saúde com objetivo de identificar a gravidade do risco priorizando o atendimento do mais grave ao menos grave.

O atendimento de urgência é realizado de forma ininterrupta, com plantões de 24 horas todos os dias da semana. Segundo dados recentes, os números da Santa Casa são grandiosos. São 12,6 mil atendimentos por mês, dos quais cerca de 500 partos. Um serviço oferecido aos moradores dos 143 municípios do Pará e de outros Estados das regiões Norte e Nordeste do Brasil. O hospital tem mais de 2,7 mil profissionais e 376 leitos, distribuídos nas unidades de obstetrícia, neonatologia, clínica médica, clínica cirúrgica e pediatria.

No último ano foram atendidas mais de seis mil grávidas. Além dos partos normais, cesarianas e pré-natais, a maternidade oferece ainda programas para gestação de alto risco, abortamento humanizado e legal e violência sexual. A certificação concedida pelo Ministério da Saúde à Santa Casa como Hospital Amigo da Criança traduz a preocupação em oferecer o melhor atendimento às pacientes, o que requer maior qualificação dos médicos e demais profissionais que atuam na instituição, como acontece nas áreas de obstetrícia e neonatologia.

É um órgão da administração indireta, vinculado a Secretaria de Estado de Saúde Pública e desde 26 de outubro de 2004, através da Portaria Interministerial MS/MEC Nº 2378 foi certificada como Hospital de Ensino, tendo efetivado seu processo de contratualização junto ao SUS por meio da Portaria 2.859/MS, de 10 de novembro de 2006.

Segundo dados do relatório de Gestão do ano de 2010, alguns marcos referenciais são importantes na história do hospital, tais como:

1650- Fundação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Pará;

1890-A Irmandade passou a ser uma Associação Civil de Caridade, através do decreto 291.

1900-Inauguração do novo hospital situado a Rua Oliveira Belo, com o nome Hospital de Caridade da Santa Casa de Misericórdia do Pará;

1950- A Santa Casa inicia sua jornada como hospital Escola dando suporte para as aulas práticas de todas as cadeiras clínicas, excetuando-se a Psiquiatria, da então Faculdade de Medicina.

1970-1980- A fundação Santa Casa passa por uma crise administrativo-financeira, havendo inclusive intervenção por parte do Tribunal Regional do Trabalho e nomeação de uma junta administrativa onde através de muitas reuniões polêmicas foi criada uma Comissão Pró-Fundação Santa Casa, que inicialmente sugeriu que o hospital fosse transformado em uma Fundação Federal, porém esta ideia não se concretizou.

O ano de 1990 representou oficialmente a criação da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará-FSCMPA, nos termos do artigo 23 da Constituição do Estado, através da lei Complementar 003/90, de 26 de abril e em 1998 foi certificada como Hospital Amigo da criança.

Segundo dados do relatório de Gestão 2010, a FSCMPA tem como finalidades essenciais: a assistência, o Ensino e a Pesquisa, em consonância com o Perfil Assistencial na Atenção a Saúde da Criança. Atenção a Saúde da Mulher e Atenção à saúde do adulto, prestando serviços ambulatoriais e de internação. É um hospital que atende 100% do SUS,

sendo referência regional em Banco de Leite Humano e Estadual na atenção à gestante de alto risco e ao recém-nascido.

Na área de ensino e pesquisa desenvolve os programas de Residência Médica em Pediatria, Neonatologia, Nefrologia Pediátrica, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Dermatologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica e Radiologia. No ano de 2012 tem sua primeira residência Multiprofissional em parceria com a Universidade do Estado do Pará.

Tem como missão: prestar assistência á saúde, inserida no SUS, atuando como hospital geral de ensino e de referência na Atenção Integral á Saúde da mulher e da criança, na média e alta complexidade, com qualidade e de forma humanizada, articulada com as políticas públicas e em parceria com a Sociedade Civil.

É a única maternidade referência no estado em assistência a Gestação de Alto risco com serviço de urgência e emergência obstétrica e com atendimento neonatal especializado para o bebê prematuro, desta forma acaba por absorver uma demanda muito grande, que abrange além da população local, a população vinda dos diversos municípios paraenses, como se pode observar na tabela abaixo:

Tabela 01-Demonstrativo de indicadores da maternidade da FSCMPA em 2010

Indicadores	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	Média
Assistenciais														
%de Partos prematuros (< 2500g)	43,5	42,6	45,0	44,5	44,7	44,0	46,3	49,2	44,2	43,5	47,2	46,0	45,0	45,1
%Procedência CAPITAL	54,0	46,0	47,0	51,2	50,9	48,5	47,9	49,2	49,7	49,1	48,7	51,0	49,5	49,4
%Procedência INTERIOR	46,0	54,0	53,0	48,8	49,1	51,3	52,5	52,3	50,1	50,9	50,8	49,2	50,6	50,7
% de Mães adolescentes (< 18 anos)	23,8	22,0	22,4	19,1	23,1	22,7	25,3	24,1	26,9	26,2	23,3	23,6	23,6	23,5

Fonte: Gerência de Estatística da FSCMPA-2010

5.1- O PROCESSO DE TRABALHO NA UNIDADE NEONATAL DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ

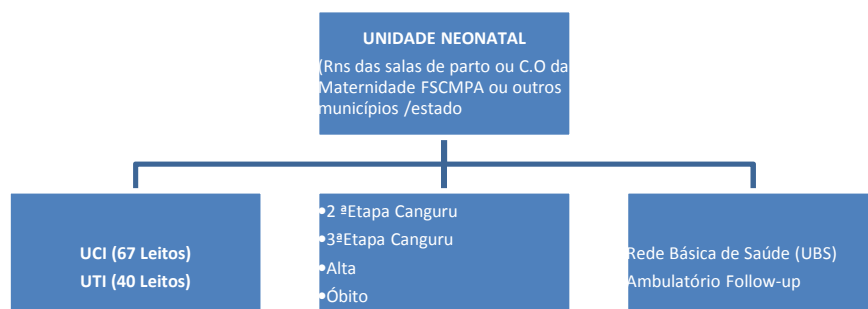
A Unidade neonatal da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará atende então a demanda nascida na instituição e a oriunda de outros municípios e instituições hospitalares, admitidos com idade de até 28 (vinte e oito) dias de vida, presta assistência em sala de parto,

alojamento conjunto, cuidados neonatais intermediários e intensivos, sendo composta de uma equipe multiprofissional que abrange: médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, administrador, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, além do pessoal de apoio como assistentes administrativos e agentes de artes práticas.

As principais atribuições que constituem o processo de trabalho da Unidade Neonatal da FSCMPA são:

- Atender a recém-nascidos normais e atuar na a reanimação neonatal em sala de parto;
- Acompanhar recém-nascidos normais em alojamento conjunto;
- Prestar assistência a recém-nascidos prematuros de médio risco em Unidade de Cuidados intermediários;
- Prestar assistência a recém-nascidos prematuros de risco em Unidade de terapia intensiva neonatal;
- Avaliar e acompanhar recém-nascidos de baixo peso na Terceira Etapa do Método Canguru
- Prevenção, diagnóstico e tratamento em Retinopatia da Prematuridade e Triagem auditiva Neonatal;
- Ensino de neonatologia em nível de graduação e pós-graduação;
- Desenvolvimento de projetos de pesquisa

O desenho abaixo retrata o fluxo de entrada e saída do bebê na Unidade Neonatal:



A Estrutura física atual da Unidade Neonatal compreende 107 (cento e sete) leitos de internação, sendo 40 (quarenta) de cuidados intensivos (UTI Neonatal 1 e 2, com vinte leitos cada uma) e 67 de cuidados intermediários (UCI), distribuídos em vários espaços de acordo com as características clínicas dos bebês, em sua grande maioria prematuros.

A Unidade de cuidados intermediários (UCI) é composta por quatro espaços denominados de alas. São elas:

Ala ST (Setor de Transição), que constitui o primeiro lugar em que os bebês entram na unidade neonatal, vindos da sala de parto ou centro cirúrgico, é espaço de observação, de identificação das patologias associadas à prematuridade ou outras como malformações, com critério de permanência do bebê por até 24hs, após esse período, ele é direcionado para outra ala, porém muita das vezes esta permanência é prolongada devido à superlotação.

Ala CI (Cuidados intermediários) é o lugar onde ficam os bebês que nasceram com algum tipo de infecção e que necessitam fazer uso de antibióticos;

Ala SI (Semi-Intensiva), é a ala em que ficam os bebês vindos das UTIS, com melhora de seu quadro clínico, não mais com risco iminente de morte; geralmente nesta ala os bebês ainda fazem uso de antibióticos e necessitam de suporte respiratório;

Ala OA (Outras Afecções), esta é a ala em que se concentram os bebês com melhor quadro clínico, sem risco de morte, sem necessidade de fazer uso de medicação, geralmente apenas precisando ganhar peso ou fazer fototerapia¹. Desta ala geralmente os bebês descem para enfermaria Canguru (segunda etapa do Canguru) onde permanecem junto à mãe por 24 horas ou recebem alta para casa para retornarem à terceira etapa do Método canguru, já descritos anteriormente.

Ala Canguru com 13 (treze) leitos, onde a mãe permanece 24 horas com seu bebê, adotando e aprendendo junto com a equipe os cuidados que precisará ter com ele em sua casa, o que representa a chamada Segunda Etapa do método Canguru, onde mãe e bebê devem permanecer 24h juntos.

Fazem parte ainda da unidade neonatal da FSCMPA duas UTIS denominadas de UTI 1 e UTI 2, ambas composta de 20 leitos de Tratamento intensivo, com cuidados voltados para os recém-nascidos graves e gravíssimos.

Espaço Mãe Coruja, voltado para o descanso das mães diaristas, que são aquelas que não dormem com seu bebê, mas que passam o dia todo no hospital e recebem alimentação para que possam permanecer até a noite.

A unidade Neonatal da FSCMPA oferece ainda alguns programas especiais aos bebês, que são:

- Programa de Prevenção e Tratamento de Retinopatia da Prematuridade para todos os recém-nascidos prematuros com peso ao nascer menor ou igual a 2000g.
- Programa de Triagem Auditiva Neonatal para todos os pacientes recém-nascidos da Instituição visando a identificação e diagnóstico precoce de deficiência auditiva.
- Imunização Básica (BCG e Hepatite B) e teste do pezinho aos pacientes internados na unidade e aqueles em alojamento conjunto e ainda é assegurado a todos os recém-nascidos o registro de nascimento.
- Método Canguru: o programa existe desde 2003 na FSCMPA, sendo voltado para o cuidado ao recém-nascido de baixo peso, antes constava apenas com a primeira e segunda etapa e após a formação de tutores no ano de 2010 foi implantada a 3ª Etapa do Método Canguru, que preconiza o retorno do RN após a alta hospitalar para acompanhamento por equipe interdisciplinar, garantindo aleitamento, cuidados e ganho de peso adequado, após a alta da 3ª Etapa ocorre o encaminhamento do paciente para o ambulatório de seguimento de prematuros, onde será acompanhado até os quatro anos de idade.

Esse conjunto de ações e atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional reflete o quanto há uma organização do trabalho que pressupõe um fluxo de cuidados com estratégias e protocolos que visam a integralidade do cuidado. No entanto, as forças vivas, que atuam no cotidiano do trabalho evidenciam uma díade que ora aproxima as práticas desse objeto, ora afasta os profissionais das práticas de defesa da vida e de um cuidado acolhedor, em que esteja intrínseca a atenção integral, como objetivo. Problematizar os aspectos e fatores que constituem esse complexo fazer na unidade neonatal é o que faremos a partir do capítulo seguinte, problematizando o cuidado neonatal e as possibilidades de desenvolvê-lo no espaço da FSCMPA.

6- PROBLEMATIZANDO O CUIDADO E INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA NEONATAL.

No cuidado ao recém-nascido de risco, a importância do suporte emocional e do contato intensivo corpo a corpo, já está fortemente estabelecida nos protocolos clínicos de assistência em unidades de cuidados intensivos neonatais e pediátricos.

Junqueira et al (2008) ressaltam que em se falando de cuidado com bebês ainda que não haja um protocolo sistematizado, já existem muitas tentativas de minimizar o sofrimento da criança no momento de sua internação ou permanência em uma unidade de tratamento intensivo neonatal, para que isso seja possível é necessário também que haja mudanças nos processos de trabalho entre as equipes de assistência.

O Cuidado representa hoje nos serviços públicos de saúde um desejo alcançado por poucos e reclamado por muitos, pois o usuário necessita sentir-se bem cuidado, e quando isso não ocorre procede com reclamações, ou seja, reclamam por um cuidado melhor, considerando aqui o cuidado com acolhimento, confiança, interrelações, escuta sorriso, resoluções e humanização, sobretudo cuidado como uma necessidade humana, como uma ausência de algo essencial. Pinheiro, Machado e Guizardi (2008) ressaltam que a produção do cuidado tem desafiado a organização dos serviços públicos de saúde, pois remete a questões que vão além da competência técnico-científica em que se baseia o modelo biomédico, a partir do qual as ações de saúde têm historicamente se estruturado.

O cuidado aqui pensado é aquele em que os trabalhadores de saúde têm a possibilidade de construir e de produzir e não meramente executar, para esse processo de construção é imprescindível adotar práticas de saúde coletivas, em que os usuários possam ser ouvidos e respeitados sobre a forma como desejam ser cuidados, com diálogo e encontros permanentes com os profissionais de saúde, neste contexto podemos falar em qualificação de processos internos para a gestão do cuidado.

A perspectiva de uma nova forma de cuidar em saúde vem ao encontro do que vem sendo feito no processo de humanização das UTIs neonatais, onde tecnologias simples como o um formato diferente de carregar o bebê, de trocar-lhe fralda, de puncionar veia em dupla, de permitir a família na participação dos cuidados favorecem o cuidado com o desenvolvimento do bebê e influenciam em sua recuperação considerando que muitos atos de saúde independem de recursos avançados e sim de atitudes humanas para seres humanos. Atualmente quando falamos de cuidado nos espaços públicos de saúde escutamos como

resposta uma demanda por uma atenção melhor, onde as pessoas têm muitas queixas, o que se deseja abertamente é a produção de um melhor cuidado como possibilidade de encontros que tragam soluções e novas melhorias às práticas de saúde no cotidiano do trabalho entre profissionais de saúde e usuários do serviço.

Souza et al (2009) referem que o nascimento prematuro, aquele verificado antes de 37 semanas completas de gestação, apresenta altos índices de morbidade e letalidade perinatal. Atualmente, procedimentos mais especializados, o uso das tecnologias e o modo como a assistência estão sendo prestada tem contribuído para um aumento da sobrevivência de neonatos pré-termos, oferecendo subsídios para o atendimento, cada vez mais especializado, dos aspectos biológicos dos recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Segundo Lacerda e Valla (2008), o modelo médico hegemônico a orientar grande parte das práticas de saúde dos serviços públicos é pautado no diagnóstico e tratamento das doenças definidas pelo saber científico que prioriza as alterações e lesões corporais, em detrimento dos sujeitos e suas necessidades. Nesse modelo biomédico, existe pouco espaço para escuta dos sujeitos e seus sofrimentos, para o acolhimento e para atenção e cuidado integral a saúde.

Pinheiro e Guizardi (2008) referem que através dos sentidos atribuídos ao cuidado é possível qualificar a integralidade como um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos por práticas do dia a dia que habilitam os sujeitos nos espaços públicos a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde.

A possibilidade de compreender melhor a experiência do adoecer das pessoas, não só focado no biológico, no corpo é uma das facetas indispensáveis ao que pode ser considerado o maior desafio em saúde no Brasil hoje: um processo de construção e implementação da prática da integralidade em saúde que considere as necessidades das populações, necessidades estas que transcendem o biológico, é, por exemplo, dentro de uma UTI neonatal o médico em uma atuação conjunta atender as mães com a presença de um psicólogo, de um assistente social, de alguém da família que apoie esta mãe em seu momento frágil, em sua ambientação na unidade, a equipe munida de uma estratégia acolhedora, tal como a tecnologia leve descrita por Merhy (2002).

As UTIs neonatais são caracterizadas por demandas diferenciadas e específicas, no caso da Santa Casa, são atendidos recém-nascidos de muito baixo peso (os chamados prematuros extremos), os bebês pré-termo, portadores de patologias graves ou malformações congênitas, além de bebês nascidos a termo com alguma patologia grave que indique internação em UTI. Os profissionais que trabalham nas UTIs neonatais fazem parte de uma

equipe multidisciplinar, geralmente composta de todos os profissionais necessários, equipe esta que vivencia diariamente uma carga emocional muito elevada que pode influenciar numa situação de adoecimento e estresse. Refletindo-se negativamente na assistência prestada.

Baldini e Krebs (2010) complementam ressaltando que o ambiente de UTI é um local que oferece tecnologia avançada para o cuidado de crianças criticamente doentes, podendo causar impacto sobre as necessidades físicas e psicológicas das crianças, de suas famílias e da equipe que lá trabalha.

Duarte et al (2009) nos dizem que atualmente, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é 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. A assistência oferecida aos neonatos está orientada para o diagnóstico e terapêutica na busca da recuperação biológica dos prematuros ou da cura da doença, neste ambiente sabemos que existe um encontro constante de pessoas, o que pode favorecer ou não a prática da integralidade.

É um ambiente que, para muitos, é pouco habitável e muito sofrido, porém também representa muita das vezes um lugar de esperança e de sonhos, um lugar em que muitos familiares denominam de *lugar de cuidado especial, que cuida melhor*, lugar também onde os pais e familiares possam ter a possibilidade de construir uma rede juntamente com a equipe, rede esta que sustente e balance o esperado e o inesperado, que pode representar vida e morte, cuidado e não cuidado, além de aspectos implícitos e imperceptíveis, próprios das práticas de saúde em ambiente hospitalar.

Baldini e Krebs (2010) ressaltam que o surgimento das unidades de terapia intensiva (UTIs) pediátricas na década de 1960 e os avanços de recurso tecnológicos tornaram possível a recuperação de crianças em situação crítica e na década de 1970, já com as UTIs neonatais os recém-nascidos graves e de risco passaram a ter grandes chances de sobrevivência.

Para além de bons resultados que os bebês prematuros alcançam na sua qualidade de vida futura com os recentes avanços tecnológicos, não podemos deixar novamente de lembrar da proposta do Método Canguru como um dispositivo para a humanização e integralidade do cuidado neonatal, principalmente nos seguintes aspectos: redução do tempo de separação entre mãe e recém-nascido, o que favorece o vínculo e controle térmico adequado; redução do risco de infecção hospitalar; redução do estresse e da dor do RN; aumento das taxas de aleitamento materno; melhora da qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do RN; melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho inclusive após a alta

hospitalar; redução do número de reinternações e otimização dos leitos de Unidade de terapia Intensiva e de cuidados Intermediários neonatais.

No Brasil, um conjunto de ações, por meio do Ministério da Saúde e da área técnica de saúde da criança e aleitamento materno, vem sendo discutida para viabilizar nas maternidades públicas a melhor forma de vivenciar as boas práticas de cuidado que o Método Canguru preconiza, e um dos dispositivos apresentados é o uso do Manual Técnico para orientar os profissionais de saúde que atuam na assistência neonatal, fazendo com que estes sejam conhecedores da Norma de Atenção Humanizada ao RN de baixo-peso nos diferentes níveis de complexidade da atenção neonatal e como ela se traduz na prática em suas três etapas, como já foi colocado anteriormente neste trabalho.

Os profissionais de saúde que trabalham no cotidiano da assistência neonatal são os principais personagens que atuam neste cenário, e é essencialmente a partir deles e da forma como operam o cuidado, que a perspectiva da integralidade vai se construindo e se mostrando, porém sua atuação deve revelar e permitir encontros, necessários para produzir mudanças, o que será abordado a seguir.

6.1 - O CUIDADOR E AS DIVERSAS PRÁTICAS DE SAÚDE NO ENCONTRO COM OS USUÁRIOS DA UTI NEONATAL.

No campo, o trabalho cotidiano se apresentou de forma diferenciada para a pesquisadora. Nuances antes não compreendidas foram reveladas, tais como: qual o interesse dela com essa pesquisa? Será que ela não compreende que não podemos parar para atendê-la? Por que a ela foi dado esse “privilégio”. Nesse cenário pude ver com outro olhar a forma intensa como se dá o trabalho na UTI neonatal. Poucas pausas, o que transformou o próprio ato de entrevistar em um trabalho vivo, já que a prioridade é da atenção aos bebês e as mães, prioridade esta que foi dita como um fator impeditivo, justificado para a possibilidade de práticas integradas.

A observação de campo e as entrevistas com os profissionais e até mesmo com as mães muitas vezes foram interrompidas pelas chamadas intercorrências (algo fora do previsto), algo comum dentro dos hospitais, onde o imprevisível é parte do quefazer cotidiano, no caso do ambiente da UTI neonatal ocorriam: óbitos, bebês agravavam, falta de profissionais suficientes para atender a demanda sobrecarregando outros, mães preocupadas com seus bebês graves. É possível ver a dor física, mas também a dor psíquica, o sofrimento dos trabalhadores durante as incertezas do trabalho. Fato que corrobora as análises feitas por

Oliveira (1998) e Oliveira & Moreira (2006) em que os trabalhadores de saúde sofrem quanto menor controle tem sobre as tarefas do seu cotidiano. O dia-a-dia é sempre imponderável.

Além do que, as demandas da ordem do psíquico são referidas essencialmente pelas mães de bebês prematuros graves bem como profissionais de saúde, o que pode ser demonstrado nos relatos abaixo:

Concordei com esta entrevista, mas agora eu estou com vontade de chorar aqui... é tudo muito difícil para mim... não sei se vou aguentar... é tudo diferente num bebê prematuro, eu sofro muito, choro, sei que meu bebê ainda vai demorar aqui... isso se não acontecer o pior né... mas vamos lá. (mãe com bebê há 21 dias na UTI)

Trabalhar aqui não é fácil... devia ter atendimento psicológico também para os profissionais, a gente sofre muito, mas ninguém vê, tem dias que é muito complicado... às vezes tem dois, três óbitos no mesmo dia, não parece, mas a gente fica mal.... (fisioterapeuta da UTI neonatal)

Às vezes percebo aqui na UTI neo que alguns colegas já trabalham de forma fria"... acho que é pelo nosso dia a dia, às vezes nos tornamos insensíveis... mas eu não consigo ser assim, a cada atendimento meu eu penso no outro cada um eu cuido de uma forma, acho que se não for assim, vou ser igual a todos e... já pensou se todos agissem iguais? isso aqui estaria o caos, eu faço meu trabalho diferente para eu sofrer menos e ter a consciência de que posso fazer o melhor por estes bebês tão pequenos e doentes e que às vezes tem uma história de vida muito ruim lá fora, eu faço o que posso e da melhor forma que posso com a minha consciência limpa, às vezes sou até criticada por isso, sabia? Eu sei que falam de mim... falam que eu carrego os bebês e as mães no colo, entende? O nosso trabalho faz a gente sofrer também, principalmente porque parece que quando a gente agrada um desagrada outro, é difícil... e quem vê esse nosso lado? Ninguém, nem a gestão geral, nem a imediata, ninguém... às vezes a gente usa até vocês para nos escutarem um pouco, para desabafar, o que não poderia não é verdade? (enfermeira neonatologista)

Tais relatos também nos remetem a questão de que a forma como o profissional de saúde produz o cuidado integra também aspectos inerentes a sua subjetividade, assim sendo, tais práticas podem ou não ser produtoras de integralidade, isso dependerá da forma como são vivenciadas na realidade da assistência, esta ideia é corroborada por Mattos (2008) quando ressalta que o cuidado se traduz como dimensão da vida humana e que frequentemente acontece no plano da intersubjetividade, significando que para cada indivíduo existem múltiplas formas de cuidar e múltiplas práticas envolvidas neste cuidado, refere ainda que:

Se atentarmos para o cuidado de saúde, constatamos que existe ainda hoje um esforço discursivo muito grande, por parte de alguns, para justificar esse ou aquele modo de cuidar em função da sua suposta cientificidade. Nesse modo de pensar, até parece que o cuidado cientificamente fundado é melhor que qualquer outro modo de cuidar. Mas, diria que um modo de cuidar cientificamente fundado não necessariamente será o melhor modo de contribuir para uma vida decente, e, portanto não necessariamente o melhor. Se o conhecimento que fundamenta um “cuidado” for marcado pela imprudência, pela desatenção relativa às suas consequências, pelo silenciamento de outros conhecimentos, dele pode derivar à dor, o sofrimento, a opressão. O que caracteriza o melhor cuidado é sua contribuição para uma vida decente, e não sua cientificidade. (pg.123)

Por outro lado há pistas de que na impossibilidade da escuta pela intensidade do trabalho surge a lacuna da construção de espaços que possibilitem o encontrar. Encontrar a família do sujeito doente, os pares, e, discutir as nuances do trabalho cotidiano. As falas abaixo são reveladoras desse processo:

Em relação aos cuidados com meu bebê, quero dizer que não tenho o que reclamar, estou falando assim... da parte de recursos, de medicações para salvar a vida dele tudo tem aqui, tudo foi feito, a patologia dele foi resolvida, tanto que alguns dias vamos descer para o canguru. mas muitas vezes, dependendo de quem fazia, percebia que a forma como faziam os procedimentos era fria, mecânica, sem carinho entende? Ai os bebês até se acostumam sós com a frieza das máquinas... ficava triste com isso... E muitas vezes cheguei e meu bebê chorava muito e percebia que isso incomodava para algumas pessoas da equipe... O cuidado é bom pela parte técnica e ruim pela parte humana. (mãe com bebê internado há 23 dias na UTIN)

“Considero o cuidado integral como fundamental na assistência ao bebê, mas há duas realidades bem distintas na Unidade Neonatal da FSCMPA, a da UTI Neonatal e a da UCI Neonatal (Berçário)”. Pelo numero de pacientes e de profissionais na UCI Neonatal, pela dificuldade de organização e administração deste setor e ainda por ser um local de livre demanda (chegada) de pacientes o cuidado pode ser considerado péssimo.

Na UTI temos uma discreta melhora, por ser um numero limitado de pacientes, uma equipe maior em relação ao numero de pacientes, uma infraestrutura de equipamentos melhor que da UCI, o que melhora a atenção prestada, e a cobrança sobre os cuidados é maior, pois os deslizos rapidamente aparecem. Já na UCI esses deslizos se diluem no meio daquela grande população. (**médica neonatologista**)

No primeiro relato acima, que é o de uma mãe com seu bebê já internado há 23 dias na UTI neonatal, é importante tecermos um olhar para ela, como mãe e como usuária, porta-voz

deste sujeito bebê, principal usuário da assistência neonatal, é ela em sua fala materna que acompanha os cuidados, e é desta forma que também consegue se encontrar com a equipe, ou seja, como principal cuidadora de seu bebê, que também tem propriedade sobre ele.

O amor materno visa á constituição do ser da criança, e para que o vir a ser da criança possa se cumprir, a mãe empresta seu corpo, seus significantes, seus devaneios, seu olhar, o seio, a voz, etc. A função desempenhada pelo amor materno na constituição subjetiva, é, contudo, capital na direção do acolhimento ao bebê e á mãe. (DIAS,2010,P.162-163)

Segundo Dias (2010) a clínica do bebê pré-termo coloca em cena a própria subjetividade dos bebês, uma vez que tecnologias que prolongam a vida repercutem na humanização da criança pelo desejo dos pais, pois a urgência de assistência ao bebê, logo após o nascimento, impõe o afastamento imediato entre pais e filhos, já que a criança é de saída, instalada na condição de objeto dos cuidados intensivos e do discurso médico.

Neste contexto observamos a demanda por um cuidado humanizado que já fizesse parte da rotina da UTIN, o que seria ideal que este cuidado fosse entrelaçado qualquer forma de cuidar, técnica ou não. Sendo assim, é percebida a necessidade do uso de uma tecnologia leve, aqui nos reportamos e lembramos novamente Emerson Merhy⁴ que ressalta a importância de qualificar o cuidado e adotar novos modelos assistenciais, porém referindo que o território das tecnologias leves não é campo específico de nenhum profissional, mas base para atuação de todos, ou seja, qualquer profissional de saúde em seu saber específico deveria produzir esta tecnologia.

Merhy (2007) afirma quando há encontros entre um trabalhador de saúde e um usuário, é o momento em que ocorre a empatia, quando se possibilita a escuta:

⁴ Lembrando o que o autor nos coloca em relação as tecnologias: as duras , são aquelas ligadas a equipamentos, procedimentos;as leve-duras, aquelas decorrentes do uso de saberes bem estruturados, como a clínica de epidemiologia;tecnologias leves: aquelas relacionais, no espaço intersubjetivo do profissional de saúde e paciente

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nas quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação. (Merhy, 2007).

Duarte et al (2009) lembram que atualmente a Unidade de Terapia intensiva neonatal é um dos setores de maior especialização do cuidado aos recém-nascidos dentro das instituições de saúde, onde estão concentrados diferentes profissionais, diferentes tecnologias e diferentes saberes, sendo assim a assistência oferecida aos neonatos está voltada para o diagnóstico e a terapêutica na busca da recuperação biológica os prematuros ou da cura da doença.

Os mesmos autores ainda ressaltam que nas UTINs tem se uma valorização dos procedimentos de terapêutica e diagnóstico, os quais acabam sobrepondo outras possibilidades de cuidado, aspecto que torna desafiador o pensamento para uma prática voltada pelo sentido da integralidade, tendo a compreensão de que para isso faz-se necessário considerar, que além da necessidade de prolongar a vida, o RN precisar criar e fortalecer vínculos e adquirir autonomia para levar a vida.

De uma forma geral, o cuidado foi entendido como saber assistencial traduzido na tarefa e atribuição de cada profissão, uma prestação de conta do que faz, em sua maioria associando-as às tecnologias duras. Cuidar como resposta da maquinaria e dos artefatos usados. O grau de especialização e a densidade tecnológica do serviço podem estar influenciando essa primeira resposta dos profissionais. Há na UTI Neonatal uma dependência muito grande das máquinas e equipamentos. Nesse caso, são vitais.

Por outro lado, profissionais que tem a escuta como seu principal meio tecnológico caracterizaram as práticas de cuidado como:

Cada profissional tem o cuidado específico com o bebê, penso que nossa principal prática de cuidado é simplesmente o olhar para a vida deste bebê antes de tudo, mas entendo que cada um tem uma forma diferente de cuidar, percebo que aqui é assim cada um vem e cuida do bebê, vem o médico, vem o fisioterapeuta, o enfermeiro, que agem de forma multidisciplinar, mas não interagem no cuidado ao bebê que é um só, eu sempre tendo conversar, saber com os outros profissionais como está este bebê, um bom cuidado precisa de relação e comunicação entre os cuidadores, assim como entre os cuidadores e famílias. (Psicóloga da UTI neonatal)

Estamos tentando a todo o momento prestar um cuidado diferente a este bebê e sua família, já que nossos bebês não falam por si, minha prática encontra-se junta, casada, dentro das outras, na medida em que compreendo que, por exemplo, eu também deva contribuir para diminuição dos estímulos nocivos no ambiente da UTI neonatal para que o bebê possa ficar o mais confortável possível, todos profissionais deveriam pensar assim sua prática.

(Assistente social da UTI neonatal)

Refletindo sobre o que Merhy (2000) nos diz, não há uma oposição entre tecnologias duras e leves. O caso da UTI neonatal é revelador. O que o profissional de saúde deve conquistar no seu cotidiano é a possibilidade de construir a escuta dos seus pares e essencialmente dos usuários. Pois se, em alguns agravos é fundamental o uso de máquinas e equipamentos para manter a vida, não se pode prescindir da relação intersubjetiva que o cuidado em saúde impõe. É um encontro entre humanos, que precisa ser humanizado.

Para Merhy (2000) o cuidado é em ato. É construído no cotidiano. Por isso, é importante que os vínculos se estabeleçam entre os profissionais e os usuários. Assumimos que o cuidado deve ter como objetivo a luta pela maior possibilidade de autonomia do sujeito doente e do usuário dos serviços. Segundo Barros (2011):

Para além de uma ideia de transcendente, em que se luta para atingir um objetivo, propõe-se uma noção de cuidado que recusa os binarismos ou dualismos opõem cuidado a descuidado, ou a ausência de cuidado, e opta-se por tomá-lo a partir da noção de devir. Devir, não no sentido de busca de um ideal, o que manteria a discussão numa dimensão transcendente, mas como um acontecimento que se dá no decorrer do seu próprio processo. O cuidado se produz no próprio ato de cuidar, ele não é antecipável, ele é coemergente às relações que se estabelecem e avaliado por seus efeitos, pela potência que produz naqueles que o compartilham. No entanto, a não existência de um sentido definitivo do que seja cuidado não deve ser entendida como fragilidade. Ao contrário, a falta de uma definição é potencialidade, na medida em que abre um campo de possíveis para a construção de sentidos diversos e mais oportunos para operarmos no campo da saúde. A imanência das práticas de cuidado permite sua construção diária no engendramento das diversas forças presentes no campo social. É essa aversão às formas, típica da imanência, que permite que ela se atualize se integre e se diferencie em seus efeitos. (p.2-3).

O cuidado é então a defesa da vida. Na UTI neonatal essa luta é constante e cotidiana.

6.2 - A INTEGRALIDADE DO CUIDADO: A LUTA DO PROFISSIONAL CONTRA O ROBÔ.

Existe uma tendência Taylorizada, despersonalizada e mecanizada para o trabalho que se reproduz nas várias instituições de saúde, sendo recorrente no fazer diário dos profissionais de saúde, o que pode ser corroborado pelas análises dos estudos de Pitta (1990), Marisa

Palácios (1993) e Cláudia Osório (2002) revelando que o trabalho no hospital apresenta traços diversos da organização taylorista do trabalho como: prescrição rígida do trabalho, da realização feita ao modo da linha de montagem, e da supervalorização da divisão e especialização do conhecimento.

Em seus estudos, Osório (2002) destacou que o processo de trabalho hospitalar nos sugere que:

Entre outras características do hospital, esses traços tayloristas se fazem presentes num tipo de organização em que as linhas hierárquicas são múltiplas, com chefias organizadas por categoria profissional; cada categoria profissional luta, então, por preservar e ampliar seu espaço de poder: a categoria médica, com suas divisões internas, por manter sua centralidade, e as demais, por reduzir subordinações reais ou fictícias, numa posição predominantemente defensiva. A organização da assistência ao doente no espaço de cada serviço é dificultada por essa estrutura excessivamente vertical e de múltiplas linhas de poder. Este quadro é agravado pelo avanço das tecnologias em saúde, com o correlato aumento dos especialistas presentes no hospital. Esta organização das hierarquias, por profissão e especialidade, é acompanhada de uma definição estrita dos espaços de trabalho, de descanso e de lazer. Nos espaços de registro de informações, a mesma divisão se mantém: os quadros de aviso e os livros de ocorrência são específicos, e o prontuário é demarcado.

Duarte, Sena e Tavares (2010) complementam ainda os estudos acima, ressaltando que na UTI neonatal os núcleos profissionais realizam o cuidado separadamente, reafirmando a divisão técnica do trabalho em saúde e que o cumprimento de rotinas prevalece em relação ao planejamento participativo e dinâmico da assistência, o que vai de encontro com a perspectiva de cuidado como um dispositivo que possibilite a luta em defesa da vida e a ampliação da autonomia do sujeito frente à condição de adoecimento, o que é corroborado pelos estudos de Oliveira (1998); Osório (2002); Merhy (2002 2003,2007); Oliveira & Moreira (2006) e Ferla (2007).

A forma como o cuidado no cotidiano da assistência neonatal se apresentou, pode fazer vir à tona muitas máscaras e imagens para o profissional de saúde que lá atua, uma delas é a imagem de "Robô"⁵. Para este profissional "robô" podemos dar-lhe um ou vários sentidos e características, tais como: duro, insensível, indiferente, trefista, alheio, centrado, sentidos que o imobilizam para a subjetividade que é inerente ao cuidado integral, o que foi

⁵ No sentido do dicionário, substantivo masculino, aparelho mecânico, em geral comandado eletronicamente, originalmente em forma de ser humano, com capacidade de realizar determinadas tarefas; pessoa que age mecanicamente, sem raciocinar; aparelho que substitui o homem no trabalho.

constatado ao observar o dia a dia na UTI neonatal, bem como nas entrevistas que foram reveladoras, como pode ser visto nos relatos a seguir:

Não posso dizer que não existe integralidade, existe sim, mas ações separadas de integralidade, assim digo num caso ou outro, é uma atenção desarticulada, necessitando ainda treinamento, protocolo, motivação, supervisão técnica e administrativa dos gestores. Todos deveriam se unir em benefício dos bebês, mas as vezes isso não ocorre, acho que até mesmo devido a nossa rotina, que muitas vezes é automática. (médica neonatologista)

O mais importante de cuidado que vi aqui com meu bebê é a higienização, toda hora a equipe lavando as mãos, e se for pegar em outro bebê lava de novo, e o se importar com o bebê como se ele fosse seu também, isso eu vi aqui, me surpreendi muito com a Santa Casa, pois a gente tem uma visão negativa dela lá fora... agora eu não tenho mais...sinto falta ainda da equipe conversar mais ...percebo que ficam juntos poucas vezes, cada um fazendo sua parte, os profissionais deviam interagir mais uns com os outros...vejo isso pouco...deviam sentar juntos com nós ...as vezes parecem um monte de robô, executando comandos, tarefas...risos, tem uns que ficam o tempo todo com uma cara fechada, dá até medo...mas o importante é que cuidam bem. (mãe com bebê há 58 dias na UTI neonatal)

Cuidado, integralidade?Como assim integralidade?Eu só sei que para mim, eu cuido bem dos meus bebês, sou muito centrada no que faço, não gosto de ser incomodada... quando chego aqui na UTI,sento na minha cadeira, supervisiono meus técnicos, faço minhas evoluções,acho que cada um deve se centrar na sua tarefa,assim penso que os bebês são melhor cuidados.Do nosso trabalho, somo nós que entendemos e cuidar de bebês não é para qualquer um. (Enfermeira neonatologista, da UTI neonatal).

Em meio a este contexto, a grande questão é: como falar, pensar em integralidade como uma possibilidade nos espaços de saúde através de profissionais máquinas? Como um comportamento que se aproximam da lógica da maquinaria e são dessocializadores, tais como os de um "robô" podem garantir o sentido para o cuidado, sobretudo um cuidado que exige afeto, olhar, toque, como o cuidado que deve ser dispensado aos pequenos bebês? A dureza das mãos de um "robô" jamais poderá alcançar a leveza e fragilidade das mãos de um bebê prematuro, que precisa de muitas mãos juntas e calorosas, o que somente é possível com a uma rede unida e integrada dos profissionais de saúde integrando-se na perspectiva de um bom embalo para os bebês, ou melhor, dizendo, de um bom cuidado corroborando aqui mais uma vez com Merhy (2003) que nos diz: *a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede e por meio da transversalidade*. Transversalidade que tem que ser reveladora da interdisciplinaridade necessária à atenção integral.

Ainda na perspectiva de discutir processos de trabalho e atuação profissional como inerentes também à integralidade do cuidado, Cecim (2008) recoloca a questão de outra forma, em que, reflete que uma clínica orientada pela integralidade seria considerada utópica, idealizada e abstrata se, em cada profissional, viéssemos supor a capacidade de dar conta de todos os aspectos que envolvem a vivência de adoecimentos, sofrimentos, padecimentos, aflição ou o sentimento de vida contrariada, o autor coloca que resta-nos desenvolver tecnologias de tratamento que respondam pela condição da integralidade, pela resolutividade das práticas assistenciais e pelos problemas de saúde, tal como vivenciados em situações de vida.

Cecim (2008) complementa, com uma visão crítica:

Um projeto terapêutico da integralidade e da resolutividade, entretanto é muito mais complexo do que pode responder o recorte e circunscrição de uma profissão isolada, mesmo em face do concurso das diversas áreas de especialidade de uma profissão. Se cada profissão, para alcançar a potência da integralidade, viesse desenvolver-se em tantas especialidades quantas são as demandas por conhecimentos disciplinares, então teríamos uma única profissão em saúde, talvez com múltiplos tecnólogos corporificando cada área de especialidade. (p.264)

Corroboro com Merhy (2008), quando diz que a integralidade do cuidado em saúde ocorreria a partir de uma combinação generosa e flexível de tecnologias duras, leve-duras e leves, penso que este deve ser o caminho dentro de uma UTI neonatal, pois existe o momento em que o bebê já se encontra acomodado, já fez sua medicação, já fez fisioterapia, já foi higienizado, já foi puncionado, cuidados que no geral representam a rotina da maioria dos bebês de UTI neonatal, extremamente necessários, aqui eu perguntaria, o que lhe falta agora? Olhar, toque, comunicação e aí quem lhe direciona este cuidado, quem adota esta prática, quem deve?

Responderia que cada um dos profissionais que atuam diretamente na assistência com este bebê, poderia acrescentar no momento do seu fazer a tecnologia leve. Porém, não bastaria. A vivência da integralidade necessita diariamente de um duplo encontro: o da prática profissional com todas as formas de tecnologias e o encontro de todos os profissionais com seus diferentes saberes, porém voltando ao nosso profissional "robô", isso seria muito difícil, pois ele é movido por tecnologia dura, poderíamos então pensar numa reinvenção desses "robôs", criar comandos que favoreçam a escuta de necessidades, o acolhimento, entre outros

dispositivos que podem ser traduzidos em bons atos de saúde e cuidado. Impedir a morte em vida, que acontece quando há o afastamento subjetivo dos trabalhadores (as) dos sujeitos doentes, nesse caso bebês e seus familiares, principalmente aqueles mais graves, tal como o revelado nos estudos de Oliveira (1998) e Oliveira & Moreira (2006) quando se referiram aos pacientes acometidos pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA, em um hospital público da região norte do Brasil.

Por outro lado, também foram identificados aspectos e práticas de saúde que podem ser reveladores e favorecedores da integralidade na UTIN identificados tanto nos relatos das mães, quanto nos relatos dos profissionais, que são os seguintes: a aproximação e comunicação dos pais com a equipe, a informação médica do quadro do bebê que ocorre todos os dias, o atendimento e atuação conjunta multiprofissional em casos de piora do quadro clínico do bebê e o acesso permitido aos pais dentro da unidade, intervenção diária com os recém-nascidos desde o exame físico até o atendimento da família; o respeito pela condição clínica no tocante ao manuseio desnecessário atuando em dupla de profissionais; a manutenção de um posicionamento e postura adequada do bebê no leito fazendo com que ele fique confortável; exercício respiratório, a informação diária para a família; a participação precoce da mãe e/ou família nos cuidados com seu bebê; a importância de adotar práticas coletivas e humanizadas entre as diferentes categorias profissionais e não isoladas, como ainda ocorrem, melhorias e garantias de uma Infraestrutura e melhor comunicação dos gestores com os profissionais.

Para mim, a integralidade aqui na UTI neonatal é sim possível, com certeza, mas basta que as pessoas gostem do que fazem do seu trabalho, cuidem de si próprio... precisamos nos cuidar né? Para atender bebês. Canso de ouvir colegas dizerem que não gostam de ouvir choro, então porque estão aqui neste lugar? A gente tem sempre que se colocar no lugar do outro, se o profissional não acredita na importância dos pais no cuidado, ele de alguma forma não cuida bem, fica com a cara fechada, isso é complicado no nosso dia a dia, mas temos que conviver.
(Técnica de enfermagem da UTI neonatal)

O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes devem se complementar e também disputar espaços, aspectos que

compõem a compreensão do que seja cuidado em saúde. (MERHY, 2003), como bem confirmado nos relatos abaixo:

Acredito que todos os profissionais aqui na Santa Casa são importantes no cuidado, às vezes elas (as enfermeiras) dizem que não sabem algo e mandam a gente ir lá no serviço social, quando um não sabe muito bem o que dizer ou fazer, pedem para outro, claro que isso não é sempre, mas comigo ocorreu muitas vezes.
(mãe com bebê internado na UTI neonatal)

Ainda com Merhy (2000) lembramos que a tarefa de cuidar, de assistir, de se trabalhar e produzir saúde constitui-se num ato relacional, num trabalho vivo em ato, onde ressalta que qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, relacionam intersubjetivamente produzindo momentos como: falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro.

O presente estudo demonstrou que a integralidade na assistência neonatal na UTIN da FSCMPA é atravessada a todo o momento por encontros e desencontros entre equipe de saúde, usuários e em alguns momentos a gestão. A complementaridade entre os saberes diferentes e práticas no cuidado com os bebês prematuros são inerentes na recuperação e garantia de uma melhor qualidade de vida no futuro dessas crianças, enfatizando aqui que só podemos considerar de fato integralidade quando realmente ocorre complemento de saberes e práticas, pois não adianta a garantia de uma atenção multiprofissional ao bebê, senão houver um encontro real onde, sobretudo cada profissional respeita o outro e suas diferenças, tais aspectos podem ser encontrados nos relatos abaixo:

“De fato em nossa prática, só existe integralidade quando toda equipe está capacitada e sensibilizada adotando práticas interdisciplinares no cuidado diário na assistência”.
(Fonoaudióloga da UTIN)

Não adianta oferecer um cuidado para os nossos bebês através de práticas isoladas, sem discussão interdisciplinar acerca das situações clínicas dos pacientes e reflexão sobre o ambiente adequado no tocante aos estímulos aversivos, se for assim nos tornamos frios e insensíveis. (Técnica de enfermagem da UTIN)

A adoção de uma forma de cuidar diferente e mais humana na assistência aos bebês da UTIN é apontada como uma realidade que acontece com o esforço dos profissionais no dia a dia de seu trabalho, cuidado este que em muitos momentos é dificultado por uma rotina de estresse, por vezes inevitável, atropelada pela falta de recursos humanos e materiais, pela sobrecarga de trabalho, superlotação de leitos, pouco tempo para ações e práticas de cuidado coletivas, devido à urgência do atendimento ao bebê, que gravíssimo é admitido na unidade ou vindo das salas de parto ou de outros lugares do estado.

Vislumbrar práticas de cuidado na luta contra a perspectiva do profissional "robô" em busca de possibilidades para a vivência da integralidade deve ser uma construção permanente e diária, de interesse e disponibilidade, não somente dos usuários, mas dos profissionais e da gestão, que juntos devem estar para refletir mudanças, prioridades e necessidades nos processos de trabalho na UTIN, pois não podemos concordar que "robôs" e bebês é uma boa combinação.

Bavaresco, Stedile e Ferla (2007), referem ainda que:

É na dimensão do conhecimento e das práticas dos trabalhadores que é forjada a capacidade de gerar acolhimento e desfragmentar o atendimento prestado. Aqui a integralidade é entendida como processo de construção social que pode conferir maior horizontalidade às relações entre seus participantes (gestores, profissionais e usuários do sistema). (P.176).

Para os mesmos autores existe a compreensão de que a Integralidade se assume como uma prática social, que implica reconhecimento de diferentes visões de mundo, considerando a diversidade e pluralidade da realidade, essenciais à dinâmica social e aos movimentos sociais, e princípio que ocupa os diferentes espaços das instituições e da sociedade, eles complementam ainda que:

Se a integralidade se institucionalizou num contexto específico, de criação do SUS, a partir do momento da reforma sanitária e outros movimentos sociais voltados para grupos específica-mulher, criança e idoso, parece ser decorrência natural que esses serviços tornem-se pioneiros no processo de mudanças necessárias as ações de assistência à saúde, uma ação participativa, multicultural, capaz de romper com a ditadura unitária de conhecimentos, com os efeitos centralizadores de poder vinculados à instituição e ao funcionamento de um discurso hegemônico da racionalidade científica moderna, e por extensão na saúde- a racionalidade médica centrada. (BAVARESCO; STEDILE; FERLA, 2008, p.178).

Portocarrero (2009) nos lembra de que no modelo platônico a relação entre cuidado de si e do reconhecimento de si passa pelo reconhecimento da ignorância de que para governar os outros é preciso cuidar-se. Cuidar da instituição para cuidar de si, dos doentes e trabalhadores parece ser uma perspectiva importante. Essa perspectiva apareceu com toda a potência na análise das entrevistas e nas observações tomadas a partir do diário de campo. Imbricação que será tratada a seguir.

6.3 - A INTEGRALIDADE NA FUNDAÇÃO SANTA CASA DO PARÁ SOB OLHARES CRUZADOS DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O encontro necessário entre usuários e profissionais de saúde, como já sabemos, é imprescindível para a construção da integralidade do cuidado, porém por muitas vezes este encontro não acontece, algo que sinaliza para crises e mudanças.

Trazemos aqui a fala sobre possibilidades e impossibilidades da integralidade na UTIN, as questões que se apresentavam, praticamente comuns a ambos eram: para os profissionais, você acredita que a integralidade é possível no cotidiano do seu trabalho? Você acrescentaria algo ao atendimento na UTIN? Para as mães e cuidadores dos bebês internados na UTIN: o que é cuidado em saúde para você? Como você avalia o cuidado prestado ao bebê na Santa Casa?

Na realidade da assistência neonatal na FSCMPA o sentido de que neste lugar ainda existem muitas faltas veio à tona, e aí muitas questões foram colocadas pelos profissionais, traduzidas em reais necessidades, que por vários momentos durante a entrevista e observação de campo soaram como um pedido de ajuda.

Os principais aspectos relatados foram: a superlotação do berçário compromete tanto o cuidado prestado pelos profissionais ao bebê, como o próprio estado de saúde destes (profissionais) que ficam desgastados; faltam programas de atenção voltados especificamente para trabalhador da neonatologia; a importância de retorno do conselho gestor (onde profissionais de várias áreas se encontravam para falar do processo de trabalho o que melhorava a integração da equipe); a participação, presença e maior proximidade do gestor da unidade neonatal que deve relacionar-se melhor com seus profissionais e ouvir suas dificuldades; percepção da importância da família para a equipe, o que ainda não é bem compreendido, ausência de um espaço para as mães que recebem altas e estão com bebês internados na UTIN; ausência de discussões interdisciplinares garantia de infraestrutura pela gestão de saúde; Implantação e implementação de protocolos assistenciais e rotinas de todas

as categorias profissionais e divulgação entre todos os profissionais do serviço, inclusive do atendimento integral ao paciente; rodízio dos profissionais que solicitassem a saída do setor; educação continuada permanente; atendimento psicoterápico aos profissionais que lidam com situações extremas e com a morte; visitas à beira do leito com toda a equipe de profissionais; reuniões para discussão de casos, leitura de artigos científicos ou atualização e validação de protocolos; definição de metas a serem atingidas pela equipe a partir de indicadores bem estabelecidos;

O relato de uma profissional de saúde define a importância da gestão para a melhoria do cuidado referindo que esta deve caminhar junto com as necessidades dos profissionais, assim temos mais perspectivas de um bom gerenciamento do cuidado em saúde rumo à integralidade, então ela nos diz:

Faltam reuniões com a gestão para que a equipe tenha conhecimento dos índices e das taxas hospitalares pra que todos se sintam partícipes do processo de gestão e de melhoria da qualidade da gestão e para que esse atendimento melhora é preciso que o hospital tenha esse movimento de qualidade, que precisa partir na nossa instituição do nível da direção, pois bem sabemos que tudo só acontece na Santa Casa se a gestão estiver convencida dessa importância do contrario levantaremos uma bandeira sem repercussão duradoura ou de abrangência pequena.
(pediatra neonatologista)

A gente que trabalha em UTI neonatal precisa de muitas garantias de infraestrutura pela gestão, às vezes a instituição só quer que a gente dê o nosso jeito e também o jeitinho de sempre com as coisas... entende... mas não olha por nós, por todo o trabalho que a gente faz para gente dar um bom cuidado ao bebê, a gente precisa também da gestão... e às vezes não a temos por perto, entende?
(técnica de enfermagem)

O cuidado em saúde e a forma como as práticas assistenciais se apresentam no cotidiano devem fazer parte de uma gestão integrada, independente do espaço ou modelo de saúde, Para Merhy (2000), os modelos de saúde obedecem a interesses sociais que no mínimo se expressam através de três grandes tipos de autores: os usuários, os profissionais e os governos.

Alguns aspectos indicados como entraves para uma prática integral na assistência neonatal aqui assumem sentido para atribuição, para o fazer diário na assistência, são eles: práticas assistenciais isoladas, ausência de discussões interdisciplinares em relação às situações dos pacientes (neste caso os bebês e suas respectivas famílias), falta de reflexão acerca do ambiente de trabalho adequado frente aos estímulos aversivos; a falta de integração

entre os profissionais de saúde da UTI neonatal, a falta de percepção da equipe da importância desse olhar integral ao paciente, visão burocrática do cuidado em saúde que muitos profissionais ainda têm tarefas mecanizadas e desumanas algumas vezes, modificação da equipe com muita frequência dificultando a implantação de protocolos e o estreitamento dos laços afetivo e profissional, entre os pacientes e os profissionais e entre os profissionais, o que repercute diretamente no atendimento ao paciente, falta de visão integral do paciente prevalecendo os interesses próprios ao invés do benefício ao paciente, dificultando o cuidado com o paciente, distanciamento da gestão muitas vezes que não está perto dos problemas da unidade, a quantidade de leitos interfere na qualidade do cuidado.

A realidade específica da assistência neonatal na Fundação Santa Casa trás a tona, através dos relatos das mães um dado interessante: a diferença existente entre o cuidado que é prestado na UCI (Unidade de Cuidados e intermediários) e o (cuidado) da UTIN (Unidade de tratamento intensivo neonatal), onde a maioria delas relata que na UTI o cuidado é melhor enquanto que na UCI deixa muito a desejar. Vejamos abaixo algumas:

O meu bebê já está aqui há mais de cinquenta dias, e eu já passei por muita coisa aqui... percebi que existe uma preocupação maior com o bebê quando ele tá na UTI, não sei se é porque lá tem mais gente para trabalhar... quando meu bebê ficou na CI, percebia às vezes algum descaso, até mesmo com a gente que é mãe é diferente o tratamento... (mãe de bebê internado na UTIN)

Não tenho o que reclamar da Santa Casa, mas um ponto negativo para mim foi o tratamento do meu bebê quando estava na SI, não percebia lá muita preocupação com ele, ficava muito angustiada quando chegava à noite e tinha que deixar meu filho... já na UTI a observação é o tempo todo, até os profissionais são diferentes, acho que também falta mais amor no trabalho... mas graças a Deus que agora está tudo bem... meu bebê já vai sair de alta amanhã. (mãe de bebê internado na UTIN)

Diante da abordagem de questões referentes à avaliação do cuidado neonatal na FSCMPA, foi revelado um discurso imbuído de afetividade tanto das mães quanto dos profissionais de saúde, que foram unânimes em considerar que a instituição presta um excelente cuidado na assistência aos bebês, compreendendo que também possui toda a estrutura tecnológica e especialidade de profissionais que o bebê precisa, mesmo com os apontamentos de necessidades de mudanças que já foram colocados aqui. Como podemos identificar nos relatos abaixo:

Mesmo com todas as nossas dificuldades, não posso negar que temos tudo que um bebê de risco precisa aqui, e também não posso avaliar o cuidado como ruim, pelo contrário, é excelente, e também acho sabe que mesmo com tudo... a gente gosta da Santa Casa, tem um amor por ela, todo mundo que vem trabalhar aqui cria um amor. (enfermeira neonatologista)

Tinha uma visão negativa da Santa Casa até mesmo por tudo que passou na televisão... confesso que quando vim para cá, vim com muito medo, e com uma imagem negativa na minha cabeça que se transformou com os dias que passei aqui com meu bebê, a Santa Casa salvou o meu bebê e não tenho o que reclamar claro que nada é cem por cento... mas considerando tudo que passei, não tenho que reclamar de nada, meu bebê tá vivo e melhorando a cada dia, é isso que importa para mim. (mãe de bebê internado na UTIN)

Dias (2010) ressalta que na clínica do bebê pré-termo, os dispositivos de acolhimento devem zelar para que a hospitalização do bebê não adquira o sentido de uma devastação do sujeito, referindo que a abertura positiva das unidades neonatais exige a construção de lugares de escuta que permitam situar os desdobramentos dessa abertura, lugar aberto ao contato e atitude humana.

Tomando como referência a ideia de integralidade proposta por Ayres (2009), as críticas ao modo como se opera a técnica hoje são bastante conhecidas: a visão segmentada; não conseguir ver a totalidade do paciente e o paciente no seu contexto; uma abordagem muito centrada na patologia; a pobreza da relação e interação entre profissionais e usuários e entre os diversos profissionais da equipe; e, especialmente, o frágil compromisso com o bem-estar dos usuários, na UTI neonatal da Fundação Santa Casa, mesmo prevalecendo esta visão da não totalidade do cuidado, os usuários e os profissionais apontam novas perspectivas, por mais que não manifestem isso conjuntamente, mas sabem cada um em sua especificidade, o que é necessário para melhorar, que arranjos tecnológicos melhor oferecer no momento do ato assistencial? Por que aproximar cuidadores de profissionais? O que é dado por certo é que a busca por uma atenção integral acontece no dia a dia, mesmo que de uma forma não organizada.

No contexto aqui apresentado, penso que o mais importante, dentro da perspectiva de uma atenção neonatal voltada para integralidade do cuidado, é o fato de que por mais que eles ainda não aconteçam de forma constante e ideal, eles são presentes, e se revelam no dia a dia da assistência: os encontros, e é deles que devem sair novas possibilidades para usuários, profissionais e gestores.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A grande questão aqui foi a de tecer um estudo sobre a integralidade na assistência neonatal, tendo como aspectos reveladores a forma como as práticas de cuidado são vivenciadas pelos profissionais de saúde e também como os usuários percebem tais práticas, porém muitas outras nuances surgiram no meio do caminho, o que não podemos escondê-las, pois trazem novos olhares, relações e perspectivas, eis aqui um desafio saudável e necessário para refletirmos.

A partir da análise dos relatos das entrevistas, pode-se afirmar que, o modo como às práticas de cuidado são realizadas na assistência neonatal é revelador também de como ocorre à integralidade naquela instituição, ou seja, de que forma também ela está sendo produzida e como é compreendida tanto no ponto de vista do usuário como no ponto de vista do profissional de saúde que atuam nessa especificidade.

Não podemos falar em uma integralidade fragmentada, porque estaríamos cometendo o erro de assumir que ela possa existir e acontecer dessa forma, o que é impossível, como bem nos lembra Rubem Matos quando ressalta que o *olhar fragmentário* significa a impossibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes dos pacientes, fruto de uma atitude reducionista, em que eram enfatizadas somente as dimensões biológicas, em detrimento dos fatores psicológicos e sociais implicados na determinação das doenças.

As práticas de cuidado utilizadas pelos profissionais da UTI neonatal revelaram ainda um olhar voltado para o corpo e não para o sujeito, expressando práticas centralizadas na recuperação, na reação daquele pequeno corpo como um objeto, práticas caracterizadas pela tecnologia dura, onde a preocupação maior é o equipamento, o aparelhamento técnico da UTI. Equipamento que afasta: o toque materno; a aproximação entre os usuários (as mães) e o profissional de saúde e também as relações entre profissionais, tais desencontros não atendem a uma proposta de integralidade do cuidado.

Os aspectos acima revelados são também corroborados por Ayres (2006) que nos coloca:

O momento assistencial pode (e deve) fugir de uma objetivação ‘dessubjetivadora’ quer dizer, de uma interação tão obcecada pelo objeto de intervenção que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam. Com efeito, a interação terapêutica apoia-se na tecnologia, mas não se limita a ela. Estabelece-se a partir e em torno dos objetos que ela constrói, mas precisa enxergar seus interstícios... o cuidado quer pôr em cena um tipo de saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência, como também se diferencia do livre exercício de subjetividade criadora de um produtor de artefatos... saúde e a doença não são apenas objeto, mas, na condição mesma de objeto, configuram modos de ‘ser-nomundo’. Utilizar ou não certas tecnologias, desenvolver ou não novas tecnologias, quais tecnologias combinar, quais tecnologias transformar, todas essas escolhas resultam de juízos práticos. (p.69).

A abordagem da integralidade no espaço da assistência, e incluamos aqui a assistência neonatal, como lembra Merhy (2003) implica em garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resulte em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada.

A visão do conceito de Integralidade hoje está presente nas instituições ocupando um relevante espaço, principalmente vinculada às práticas dos profissionais de saúde, a grande questão aqui não é sua conceituação, mas sim sua prática, ou seja, é compreender de que forma esta integralidade acontece em todas suas interfaces já abordadas. Podemos pensar então que a relevância desta pesquisa se encontra no fato de que realmente se faz necessário à construção, a adoção da integralidade nos cuidados e práticas de saúde principalmente quando abordamos a assistência neonatal e toda sua especificidade, o começar da vida, quem sabe construindo este cuidar integral no início da vida e desconstruindo, como nos afirma Merhy à produção de atos de saúde “antividas” não conseguiremos mantê-lo como um processo constante, eis aqui o grande desafio.

De uma forma geral, a integralidade deve ser compreendida como uma imagem-objetivo a ser alcançada, funcionando como indicativo de um sistema de saúde com práticas efetivas e desejáveis, que envolvam toda a rede de relações estabelecidas na dinâmica do cuidado e toda a estrutura dos serviços, com a finalidade de garantir sempre uma interação intercessora entre o usuário e os trabalhadores de saúde, possibilitando, ao final, maior potência de vida e autonomia aos doentes (MATTOS, 2004; CECCIM; FERLA, 2006; MERHY, 2007).

Duarte, Sena e Tavares (2010) ressaltam que ao consideramos as necessidades dos cuidados aos neonatos precisamos compreender e considerar outras dimensões que vão além dos aspectos fisiopatológicos, tais como a inclusão dos pais na assistência e os aspectos psicossociais, para isso é necessário ao cuidado: vínculo, acolhimento, assistência multiprofissional e continuidade de atenção a longo prazo após desospitalização, aspectos que

se apresentam como condições de cuidado ao recém-nascido que coadunam com um cuidado orientado pela integralidade.

A atuação multidisciplinar e interdisciplinar é fundamental nos cuidados ao recém-nascido, porém dizer que é fundamental não basta, é preciso que se busquem esses dois dispositivos para que o cuidado seja de fato integral penso que exercitando a comunicação, entendendo e construindo as tecnologias assistenciais para usá-las de forma humanizada com o bebê, eis aqui um dos desafios que muitos construtos teórico-científicos podem elucidar, mas em nenhum momento trazerem fórmulas prontas que possam cair nas mãos dos profissionais de saúde que atuam em neonatologia, mas a prática de saúde com um novo olhar que se precisa construir certamente trará uma rica contribuição, considerando é claro à vontade não apenas individual, mas também coletiva.

A integralidade na UTIN da Fundação Santa Casa encontra-se num estado inicial de construção, onde as práticas de cuidado no cotidiano da assistência revelaram um processo de encontros e desencontros, retratados numa espécie de quebra-cabeça com muitas peças a serem ajustadas, entre as principais estão: atuação interdisciplinar entre os diversos profissionais que cuidam dos bebês, melhor comunicação entre família e equipe, melhor cuidado com os bebês, melhor interação da gestão com os profissionais, melhores condições de trabalho.

Em se tratando do cuidado integral em UTI neonatal, penso que antes de qualquer dispositivo os profissionais devam utilizar-se de empatia, de acolhimento, de adaptação das tecnologias de assistência de modo a fazer com que esta seja adaptada a cada condição diferenciada do bebê e que estes (profissionais) possam também incluir em seus cuidados: sensibilidade, disposição interna, inconformação com práticas e condutas agressivas e inadequadas do ponto de vista da humanização e da integralidade, que possam e se interessem também pelas discussões acerca do processo de trabalho o qual estão envolvidos, mas muitas vezes não participantes, que tentem resolver situações coletivas também de forma coletiva e que usem o cuidado integral como uma estratégia de melhoria para assistência neonatal.

Os profissionais de saúde da UTIN da FSCMPA acreditam que a integralidade é sim uma atitude possível e necessária, e que mesmo diante de muitas dificuldades e atropelos que o cotidiano da assistência neonatal trás na sua especificidade, é preciso ter esperança, como bem é demonstrado nos relatos abaixo de uma médica neonatologista e técnica de enfermagem, respectivamente:

Eu acredito que a integralidade é possível sim, primeiro porque minha natureza é otimista e carregada de esperança fundada no que é possível apesar das dificuldades, segundo que todos os serviços organizados e integrados um dia também já foram como o nosso, terceiro porque já tivemos essa experiência ainda que de forma passageira e não sistemática.

Nem todos aqui praticam a humanização quando cuidam destes bebês, isso vai depender de cada um... e para isso ninguém vai ser treinado não isso é interno, assim como tratar bem a família, o pai, a mãe... um bom cuidado é assim, e isso faz quem quer, e eu sei que a integralidade depende também disso, se todos agissem assim, eu poderia dizer que aqui tem.

A prática da integralidade no cuidado a todo o momento aponta e sinaliza novos caminhos, que merecem futuros estudos. No trabalho em questão, vários aspectos não traduzidos como objeto de estudo foram manifestados e devem certamente delinear novas pesquisas, entre os principais estão: o sofrimento psíquico dos profissionais da UTI neonatal, a necessidade de uma gestão participativa no fortalecimento da integralidade no cuidado.

Referente ao sofrimento psíquico no trabalho hospitalar, Oliveira e Moreira (2006) já apontavam em seus estudos a relação entre trabalho e adoecimento, ressaltando que os (as) trabalhadores (as) são o patrimônio por excelência do hospital e que merecem ser investidos, o que corroboro, pois ao voltarmos nossa análise para a integralidade não podemos aceitar que boas práticas de cuidado sejam produzidas com profissionais insatisfeitos e adoecidos em seu fazer, o que então deveria ser olhado pela gestão, completam os autores referidos *“Não podemos, como trabalhadores, encarar ainda o sofrimento, como simples fatalidade, sem refletir sobre as exigências de o trabalho hospitalar”*.

Ayres (2009) defende o cuidado integral como uma sabedoria prática que, em estreita relação com saberes tecnocientíficos, pretende fazer das ações de saúde a busca de êxitos como sucesso prático e aí há que se buscar juntamente com as boas técnicas das práticas de saúde a transcendência do que é produzido no trabalho, somente assim é possível caminhar na escolha de uma vida boa com projeto de felicidade. Complementa ainda que o cuidado deve representar sempre um encontro com diálogo e este é o elemento que **“faz surgir na cena do cuidado não um sujeito (profissional de saúde) e seu objeto (usuário), mas, dois sujeitos e um objeto mediador (riscos, sofrimentos e disfunções)”**.

Concordo com Machado, Pinheiro e Guizardi (2008) diante de sua compreensão de que outras formas de tratamento que não sejam exclusivas da biomedicina apresentam potencial emancipador e transformador das tradicionais relações sociais existentes nos cotidianos dos serviços de saúde, isso nos leva para uma perspectiva de um cuidar integral.

A ênfase dada nas práticas de cuidado pautadas em tecnologias duras, em detrimento de um cuidado com tecnologias mais leves que busquem a produção de relações subjetivas e melhores atos de saúde revelou-se como necessária inicialmente, mas também reclamada, quero dizer, desejada como um dos aspectos para serem melhorados em busca de uma real integralidade.

Necessitamos urgente desintegrar robôs para integrarmos humanos, substituir tratamento por cuidado, transformar gentileza em atos humanos e atitudes técnicas pesadas em toques leves, os quais nossos bebês não podem prescindir, além do que a integralidade não se dá sem o envolvimento da gestão, é necessário um bom gerenciamento do cuidado com a participação de todos os autores envolvidos: usuários, trabalhadores, gerentes, diretores, ainda mais considerando uma instituição como a Santa Casa.

O Brasil tem firmado compromissos internos e externos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada à gestante e ao recém-nascido com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil. Serruya et al (2004) refere ainda que em nosso país a atenção à mulher na gestação e parto permanece como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático.

O método Canguru foi revelado também como um dispositivo inerente às mudanças nas práticas de cuidado visando uma assistência dentro da perspectiva da integralidade do cuidado, principalmente por representar, abranger e indicar práticas humanizadas, sinalizadoras da sensibilidade e diferença que exige o cuidado com um bebê prematuro, apesar de estar implantado em todas suas etapas na unidade neonatal da Fundação Santa Casa ainda precisa de ajustes, principalmente por parte de gestores e profissionais de saúde, atualmente está em processo de avaliação pelo Ministério da Saúde para possibilidade de ser referência no Método no estado do Pará, o funcionamento completo deste método vai refletir também a integralidade em sua essência.

A pesquisa demonstrou ainda que a implementação do método Canguru na unidade neonatal como um todo, aponta para um caminho promissor e revelador à prática da integralidade, uma vez que é neste método que encontramos todas as dimensões necessárias para a completude do cuidado ao neonato, presente nos aspectos como participação dos pais nos cuidados e junto à equipe, assistência multi e interdisciplinar, reflexão sobre o processo de trabalho no cotidiano, atuação envolvendo gestores, pacientes (bebês e familiares) e profissionais, além de mudanças institucionais preconizadas. Então, pode-se dizer que quando

nas práticas ocorre à vivência de todos estes aspectos, ocorre também à integralidade. Sendo assim, a integralidade é vivenciada a partir do Método Canguru.

Dentre as principais recomendações sinalizadas pelos profissionais de saúde, para mudanças nas práticas de cuidado que venham favorecer uma assistência neonatal integral estão:

- Melhor organização do processo de trabalho dentro da UTIN com necessidade de revisão de protocolos atuais;
- Melhor interação e integração da equipe de saúde visando à prática da interdisciplinaridade
- Melhor comunicação intra-hospitalar o que facilita a atuação dos diferentes profissionais nos cuidados com um mesmo bebê
- Implantar e implementar melhores políticas de atenção e valorização do profissional de saúde
- Avaliação das práticas de cuidado atuais
- Maior envolvimento da gestão no que se refere à comunicação, a reflexão sobre a rotina de trabalho, participação mais ativa na unidade neonatal para acompanhar os problemas.
- Maior sensibilização dos profissionais de saúde da UTIN quanto à necessidade de práticas de cuidado mais humanizadas a exemplo do Método Canguru, em fase de implementação.
- Participação dos profissionais com a Diretoria no Processo de gestão e melhoria da qualidade da gestão

Concretizar a integralidade do cuidado na assistência neonatal na FSCMPA significa alcançar um encontro e um compartilhamento entre todos os cenários os quais ele esteja envolvido (práticas dos profissionais, gestão, formação, tecnologias, usuários e familiares) para que somente assim possamos ter práticas integradas e humanizadas no fazer diário, como um filme completo, e não apenas cenas isoladas, como vimos em vários momentos da pesquisa, como bem é complementado por Ayres (2009) que ressalta que é preciso que cada profissional da saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interogue de por que , como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são conhecedores e partícipes desses compromissos.

Bavaresco, Stedile e Ferla (2007) referem que se deve identificar possibilidades de agir em saúde, renovando e criando novas praticas de saúde a partir da inclusão de diferentes conhecimentos, frutos de uma mesma interação, que deve ser construída na relação entre usuário, profissional de saúde e gestor, complementam colocando que **“utilizar a materialização da integralidade como direito e como serviço pode ser uma estratégia potente de inclusão de atores e de redefinições de práticas em saúde”** (p.175).

Os autores acima ressaltam a importância da escuta das necessidades dos usuários e a boa relação entre os profissionais de saúde, para que de fato ocorra o cuidado integral, existindo dificuldades no estabelecimento destas relações, não podemos falar em integralidade nem muito menos num cuidado saudável, o que concordo, pois em se tratando da especificidade da assistência neonatal percebo que o cuidado ampliado é uma real necessidade, e este cuidado exige múltiplos olhares e atitudes dentro das UTIs neonatais, o que pode na prática ser representado por acesso livre aos pais do bebê, pelo acesso dos pais à equipe de saúde, pela possibilidade de participação deles nos cuidados e por participação ativa dos gestores nestes aspectos.

Em relação à necessidade de escuta sabemos que este é um dos interessantes dispositivos no caminho para integralidade, e isso ainda não existe como prática formal e constituída para os profissionais de saúde da UTI neonatal da Fundação Santa Casa, mas foi apontado por ambos: usuários e profissionais.

Corroborando com este aspecto, Dias (2010) resalta que a abertura positiva das unidades de tratamento intensivo neonatal exige a construção de lugares de escuta todos e que a humanização dos cuidados ao prematuro deva possibilitar que algo do real dos nascimentos possa se inscrever para os pais, visando com que estes tenham mais autoridade e propriedade sobre seus bebês, assim seriam menos intimidados pelos dispositivos médicos num contato mais vivo com seu filho.

Na assistência neonatal um aspecto que percebemos como bem marcante é que em muitos momentos a proposta de uma atuação na perspectiva de uma integralidade do cuidado é substituída ou atropelada pela exigência de práticas de cuidado centradas na urgência, na necessidade do imediatismo da assistência, como no caso de um bebê que agrava de forma inesperada, ou em outro bebê que vem da sala de parto gravíssimo, com risco de morte, intercorrências que, numa UTI neonatal podem ocorrer ao mesmo tempo e aqui neste contexto, o de atender tais especificidades da situação dada, os profissionais, por exemplo, têm comprometida algumas práticas de cuidado como a comunicação com a família, com a

mãe do bebê, com a escuta do sofrimento, o tempo o qual este profissional diz não ter é o que neste momento o controla, como bem disse uma enfermeira:

Aqui muita das vezes não dá tempo de ser humano não, tem que ser rápido... é muita tensão e quando a gente pára, a gente já tá exausto, aí tem que passar para outro colega falar com a família, e mesmo assim a gente fica um tempão com um bebê grave em nossas mãos, e ainda ter que falar disso para família, é muito ruim, compreende... assim realmente a nossa prática às vezes interrompe, atrapalha o aspecto da humanização, não que a gente queira. é que não dá...
(enfermeira neonatologista)

Aos profissionais de saúde da UTI neonatal, vemos que apesar do reconhecimento das potencialidades e práticas cuidadoras que favoreçam a integralidade, lhes falta ainda uma consciência de implicação coletiva no cuidar, prevalecendo desta forma o individual sobre o coletivo, o técnico sobre o humano que dificulta a implementação de boas práticas no cotidiano da assistência neonatal, favorecendo assim um processo de trabalho fragmentado e desarticulado, caracterizado por uma rotina com ausência de encontros e diálogos, que dificultam novas possibilidades de produzir saúde, peças chaves para construção diária e permanente da integralidade do cuidado ao recém-nascido. Filgueiras (2008) ressalta que é no trabalho vivo em ato, na liberdade de viver o encontro com o outro que podemos evoluir como profissionais, cidadãos e seres humanos.

Estamos longe de finalizar qualquer estudo que se proponha a caminhar pela temática da integralidade, mas neste em específico termino retomando a ideia de imagem-objetivo de Mattos (2001,2006), refletindo que no cenário aqui apresentado, o de uma UTI neonatal da maior maternidade pública do estado, os profissionais e usuários do serviço sabem o que é imprescindível para construir e reconstruir a realidade existente sabem a direção que querem alcançar para integralidade da assistência neonatal, porém ainda buscam recursos nos encontros, nos desencontros, nas faltas e crises que o processo de trabalho revela recursos estes que vão lhes possibilitar a construção de pontes a caminho da Integralidade.

Penso que uma lacuna aqui deixada, talvez propositalmente é a visão e escuta dos gestores que são implicados na assistência neonatal, o que pensam e que podem contribuir e/ou influenciar na e para a integralidade do cuidado, é um caminho para uma pesquisa futura.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.G.C. **Subjetividade, crise e narratividade**. In Ver. Mal Estar e Subjetividade, v.2, n.1 Fortaleza, mar.2002.

AYRES, J.R.C.M. **Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas**. In Ver. Saúde e Sociedade v.18, supl.2. São Paulo, abr/junho2009.

BALDINI, S.M.; KREBS, V.L.J. **Humanização em UTI pediátrica e Neonatal: estratégias de intervenção junto ao paciente, aos familiares e à equipe**. São Paulo: Editora Atingiu 2010.

BARROS, M.E.; GOMES, R.S. **Humanização do cuidado em saúde**. Fractal: Revista de Psicologia, v.23-n.3, p.641-658, Set./dez.2011.

BAVARESCO, T.; STEDILE, N.L.R.; FERLA, A.A. **A integralidade como estratégia de acesso e valorização da sexualidade feminina em serviços de saúde**. In CECCIM, B.R. STEDILE, R.L. N (Org.) Fronteiras-Ensino e atenção a Saúde da mulher. Caxias do Sul, RS: Educs,2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/Ministério da saúde, Secretaria de Políticas de saúde**. Área Técnica de saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Canguru: manual do curso**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico: Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada**. 3. Ed .Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde - **HumanizaSUS**. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2004. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28292>. Acesso em: 08 fev 2011.

CANZONIERI, A.M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

CECCIM, B.R. STEDILE, R.L.N. **Saúde da mulher e o ensino das profissões da área da saúde: demandas e aprendizados à integração com a rede de cuidados**. In CECCIM, B.R. STEDILE, R.L. N (Org.) Fronteiras-Ensino e atenção a Saúde da mulher. Caxias do Sul, RS: Educs,2007.

COELHO, E.A.C.; SILVA, C.T.O. ; OLIVEIRA, J.F. ALMEIDA, M.S. **Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional**. Esc. Anna Nery v.13 n.1 Rio de Janeiro jan./mar. 2009.

COSTA, M.A. **Integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. In Ver.Saúde e Sociedade,v.13,n.3 São Paulo set./dez. 2004.

DIAS, M.A.M. **Amor materno e humanização dos cuidados ao recém-nascido pré-termo**. In BARBOSA,D.C.;OLIVEIRA,E.P.(Org.). Psicanálise e clínica com bebês: sintoma, tratamento e Interdisciplinaridade na primeira infância. São Paulo: Instituto Langage, 2010.

DIAS, M.A.B.; DESLANDES, S.F. **Humanização da Assistência ao parto no serviço público: reflexão sobre os desafios profissionais nos caminhos de sua implementação**. In DESLANDES, S.F. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

DUARTE, E.D.; SENA, R.R. XAVIER, C.C. **Processo de trabalho na unidade de terapia intensiva neonatal: construção de uma atenção orientada pela integralidade**. In Ver. esc. enfermagem. USP, v. 43 n° 03 São Paulo, set.2009.

FERRAZ, T.R.; NEVES, E.T.; **Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal**. In Ver. Gaúcha de enfermagem (online), vol.32 n° 01 Porto Alegre. 2011.

FONTANA, S.K.R.F.; LORENZI, D.R. S; FERLA, A.A. **Mortalidade materna e atenção à saúde da mulher: a integralidade em questão**. In CECCIM, B. R. STEDILE, R. L. N (Org.) Fronteiras-Ensino e atenção a Saúde da mulher. Caxias do Sul, RS: Educs, 2007.

FOUCAULT, M. **Arqueologia do saber**. Rio de janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro:Edições Graal, 1979.

_____. (1970-1982). **Resumo dos Cursos de France**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA . **Relatório de Gestão 2010**. Belém,2010.

GONZE, G.G. SILVA, G.A. **A Integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores**. In Revista de Saúde Coletiva. Physis, vol. 21, n.01, Rio de janeiro, 2011.

KIMURA, A.F.; SILVA, I.A; TSUNECIRO M. A.; SIQUEIRA F. P. C.; BUENO, M.; LIMA, M.O. P; FREITAS,P. ; ZUTIN,T.L.M . **A saúde neonatal na perspectiva de atenção contínua à saúde da mulher e da criança.** In Rev. da escola de enfermagem. USP, vol. 43 nº02 São Paulo, dez, 2009.

LEMOS F.C.S.; FERLA, A.A. OLIVEIRA, P.T.R. **Medicina e Hospital.** In Revista. Fractal de Psicologia. UFF , vol.23, nº3 Rio de Janeiro, 2011.

LUZ. M. T. **Fragilidade Social, Espaços públicos e novas práticas de cuidado em saúde.** In PINHEIRO, R. MATTOS, R.A. Cuidado, as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: _____. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO, 2001. p 39-66.

MATOS, E.; PIRES ,D.E.P.**Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor.** In Ver. Texto e Contexto- Enfermagem, v.18, n.2. Florianópolis, abr/junho, 2009.

MERHY, E. **Gestão da Produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos .** UERJ, Rio de Janeiro (mimeo), 2007.

MERHY, E.E. FRANCO,T.B.;MAGALHÃES,H.M.**Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado.** Movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde. 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado - movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde.**[2003]. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-11.pdf> > Acesso em: 18\01/2012.

MERHY, E.E. **Porque gerenciar o cuidado em saúde?** In: _____. **Integralidade: Implicações em Xequê.** UNICAMP, São Paulo, 2005.

MICHALISZYN, M.S.; TOMASINI, R. **Pesquisa, Orientações e Normas para elaboração de Projetos, monografias e artigos científicos.** 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MINAYO, M.C.S. DESLANDES, S.F. GOMES, R. **Pesquisa social. -Teoria , método e criatividade.** Rio de janeiro: Vozes, 2007.

NAGAHAMA, E.E.E. SILVIA,M.S. **A institucionalização médica do parto no Brasil.**Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10(3): 651-657.

OLIVEIRA, P. T. R. **O sofrimento psíquico e o trabalho hospitalar:** um estudo de caso realizado em um hospital público no Pará. 1998. 146 f. Dissertação (Mestrado) –. Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1998.

OLIVEIRA, P. T. R.; MOREIRA, A. C. G., Sofrimento psíquico e trabalho hospitalar. **Pulsional Revista de Psicanálise**, São Paulo, v. 19, n. 185, p. 52-65. mar. 2006.

OLIVEIRA, P.T.R.. FERLA,A.A.; LEMOS, F.C. S.L..**Medicina, ciência moderna e Estado: o hospital e a biopolítica**.Apostila do curso de pós-graduação em psicologia.UFPA.Belém-PA, Junho, 2009.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. **Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano**. In PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. Cuidado, as fronteiras da integralidade. Rio de janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008.

PINHEIRO, R.; MACHADO, R.S.; GUIZARDI, F.L. **As novas formas de cuidado Integral nos espaços públicos de Saúde**. In PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. Cuidado, as fronteiras da integralidade. Rio de janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008.

PORTOCARRERO, V. **As ciências da vida, de Canguilhem a Foucault**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz,2009.

RIBEIRO, M.D.C. **Bioética e Neonatologia**. In SCHRAMM, F.R. BRAZ, M. (Org.). Bioética e Saúde: novos tempos para mulheres e crianças? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 276p. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

SANTOS,B.de S. **Um discurso sobre as ciências**. 7.ed.São Paulo : Cortez,2010.

SERRUYA, S.J. ; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. **O programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da saúde no Brasil: resultados iniciais**. Cad. Saúde Pública, Rio de janeiro, 20(5): 1281-1289, set-out, 2004.

SILVA, R. N. M. **Percepções do Bebê pré-termo**. Apostila do curso da avaliação neonatal. Belém-PA, Março,2003.

SOUZA, N. L.; ARAUJO, A. C. P.; COSTA, I. C. C. CARVALHO, J. B. L.; SILVA, M. L. C. **Representações de mães sobre a hospitalização do filho prematuro**. In.Rev. brasileira de enfermagem, vol. 62 nº5 Brasília, set-out, 2009.

TESSER, C.D.; LUZ. M. T. **Racionalidades médicas e integralidade**. In Ver. Ciência e Saúde Coletiva, v.13, n.1. Rio de Janeiro/fevereiro, 2008.

TURATO, E.R.. **Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa**. In Ver. Saúde Pública, v.39, n.3 São Paulo jun. 2005.

VALLA, V.V. LACERDA. A. **As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento**. In PINHEIRO, R. MATTOS, R.A. Cuidado, as fronteiras da integralidade. Rio de janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Linha de cuidado**: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para outra educação dos profissionais de saúde. Aracaju: SMS, 2006. P. 165-183.

CECILIO, L. C. O; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003. Mimeografado.

APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Práticas de Cuidado na Assistência Neonatal: um estudo acerca da integralidade em Saúde na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Instituição: Universidade Federal do Pará (Programa de Pós-Graduação em Psicologia)

Orientador: Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Co-Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Aurimery Chermont

Esta pesquisa tem como propósito a elaboração de minha Dissertação de Mestrado em Psicologia e também busca contribuir com a ampliação de dados para futuras pesquisas na área de cuidado e integralidade na assistência neonatal.

Você está sendo convidado para participar da pesquisa, na condição de voluntário, onde deverá submeter-se a entrevista individual, respondendo a questionário com nove perguntas abertas, que poderão ser gravadas eletronicamente. A qualquer tempo você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo à continuidade de seu tratamento, à sua relação com o pesquisador ou com a instituição. A assinatura desse consentimento não inviabiliza nenhum dos seus direitos legais.

Você foi selecionado, por escolha aleatória, por fazer parte da equipe de saúde da UTI neonatal que presta assistência aos bebês internados na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, o qual o estudo se propõe a pesquisar visando à coleta de dados e posterior análise acerca da questão do cuidado e integralidade.

O estudo não apresenta riscos a sua integridade física, moral ou psicológica, visto que trata de questões de ordem subjetiva, na qual você terá livre expressão de pensamentos e sentimentos. A pesquisa não irá provocar exposição a agentes físico, químico, biológico ou de qualquer outra ordem, face o procedimento utilizado – entrevista – limita-se ao contato interpessoal na instituição de saúde onde você trabalha, portanto, ficando a seu critério a decisão de responder ou não às questões apresentadas.

As informações obtidas nesta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa serão divulgados na referida Dissertação e em artigos, seminários, congressos e na própria instituição, de forma a não possibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço eletrônico do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou em qualquer momento. Telefone: (91) 32631241 / (91) 81269559. E-mail: sheyla76@oi.com.br.

Declaro que li as informações acima sobre a presente pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o objetivo da mesma, assim como riscos e benefícios.

Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com os procedimentos necessários.

Belém, ____ de _____ de 2012.

Sheyla Pereira Rocha da Silva
Pesquisadora – CRP 10/01505 RG N° 2528203

Participante da Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Práticas de Cuidado na Assistência Neonatal: um estudo acerca da integralidade em Saúde na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Instituição: Universidade Federal do Pará (Programa de Pós-Graduação em Psicologia)

Orientador: Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Co-Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Aurimery Chermont

Esta pesquisa tem como propósito a elaboração de minha Dissertação de Mestrado em Psicologia e também busca contribuir com a ampliação de dados para futuras pesquisas na área de cuidado e integralidade na assistência neonatal.

Você está sendo convidado para participar da pesquisa, na condição de voluntário, onde deverá submeter-se a entrevista individual, respondendo a questionário com nove perguntas abertas, que poderão ser gravadas eletronicamente. A qualquer tempo você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo à continuidade de seu tratamento, à sua relação com o pesquisador ou com a instituição. A assinatura desse consentimento não inviabiliza nenhum dos seus direitos legais.

Você foi selecionado, por escolha aleatória, por fazer parte do grupo de mães que acompanham seus bebês internados na UTI neonatal da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, o qual o estudo se propõe a pesquisar visando à coleta de dados e posterior análise acerca da questão do cuidado e integralidade.

O estudo não apresenta riscos a sua integridade física, moral ou psicológica, visto que trata de questões de ordem subjetiva, na qual você terá livre expressão de pensamentos e sentimentos. A pesquisa não irá provocar exposição a agentes físico, químico, biológico ou de qualquer outra ordem, face o procedimento utilizado – entrevista – limita-se ao contato interpessoal na instituição de saúde onde acompanha o cuidado que é dispensado ao seu bebê internado, portanto ficando a seu critério a decisão de responder ou não às questões apresentadas.

As informações obtidas nesta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa serão divulgados na referida Dissertação e em artigos, seminários, congressos e na própria instituição, de forma a não possibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço eletrônico do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou em qualquer momento. Telefone: (91) 32631241 / (91) 81269559. E-mail: sheyla76@oi.com.br.

Declaro que li as informações acima sobre a presente pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o objetivo da mesma, assim como riscos e benefícios.

Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com os procedimentos necessários.

Belém, ____ de _____ de 2012.

Sheyla Pereira Rocha da Silva
Pesquisadora – CRP 10/01505 RG N° 2528203

Participante da Pesquisa

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

DADOS:

Nome (Iniciais):	Data de Nascimento:
Sexo:	Estado Civil:
Escolaridade:	Profissão:
Município de Origem:	Tempo de internação do bebê na UTI neo:

QUESTÕES

Como você vê o cuidado dispensado para os bebês durante o tempo de permanência na UTI Neonatal?

Quais práticas de cuidado você percebe como sendo importantes para seu bebê na UTI neonatal?

Como você avalia o cuidado dispensado pela equipe ao seu bebê? Por quê?
 EXCELENTE MUITO BOM BOM RUIM PÉSSIMO

O que você acha que deveria mudar no cuidado durante a assistência ao bebê na UTI neonatal?

O que é cuidado em Saúde para você?

Depois que você teve contato com o serviço da santa casa, como você o vê hoje?

Quais os pontos positivos?

Quais os pontos negativos?

Você gostaria de complementar ou de falar mais alguma coisa?

Roteiro de Entrevista Semi- Estruturada**DADOS:**

Nome (Iniciais):

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado Civil:

Escolaridade:

Profissão:

Município de Origem:

Tempo de Atuação na Assistência neonatal:

Quais práticas de cuidado são realizadas com o bebê prematuro na UTI neonatal?

Como você compreende a atenção integral no âmbito das práticas que são efetuadas na UTI neonatal?

Quais dispositivos e práticas realizadas no cotidiano do seu trabalho estão mais relacionados com aquilo que você compreende como integralidade na UTI neonatal?

O que você acha que não contribui para atenção integral na UTI neonatal?

Como você avalia o cuidado prestado ao bebê na FSCMPA? Por que?

() EXCELENTE () MUITO BOM () BOM () RUIM () PÉSSIMO

Você acredita que a integralidade é possível no cotidiano do seu trabalho? Por quê?

() Sim () não

Você acrescentaria algo ao atendimento dentro da UTI neonatal?

