

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS
DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

ALINE LOMES DIBAI

**O LUGAR DA FAMÍLIA NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO DE
RISCO: PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE NA UNIDADE DE
TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL DE UM HOSPITAL PÚBLICO**

VITÓRIA
2011

ALINE LOMES DIBAI

**O LUGAR DA FAMÍLIA NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO DE
RISCO: PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE NA UNIDADE DE
TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL DE UM HOSPITAL PÚBLICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Henrique Borges

VITÓRIA
2011

ALINE LOMES DIBAI

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovado em ____ de ____ de ____.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges
Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória - EMESCAM
Orientador

Profa. Dra. Maria Margarida Pereira Rodrigues
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Profa. Dra. Raquel de Matos Lopes Gentili
Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

DEDICATÓRIA

Ofereço esta tese à memória do meu pai, que mesmo em sua ausência ainda me fortalece pelos ensinamentos e pelo tempo que dedicou à minha formação pessoal.

AGRADECIMENTOS

Ao Divino Pai Eterno que sem a sua benção não estaria finalizando esta tarefa.

À minha mãe e meu irmão por acreditarem em mim e me incentivarem nos momentos especiais.

Ao meu marido pelo carinho, dedicação e paciência

À minha família, em especial as minhas tias Bárbara e Francisca pelo carinho e incentivo na conclusão desse trabalho.

Ao Prof. Dr. Luiz Henrique Borges pela sabedoria, paciência e orientação na conclusão desta pesquisa.

A toda equipe da UTIN, em especial aos profissionais da enfermagem, por sempre me agregarem novas oportunidades em aprender a lidar com o mundo dos recém-nascidos e seus familiares. Vocês foram muito importantes na minha formação e foi ótimo o tempo em que vivenciamos essa realidade.

À amiga e coordenadora da UTIN, enfermeira Sandra Alvarenga, pela recepção carinhosa para a realização desta pesquisa.

À amiga Marlene que também já faz parte da equipe de enfermagem e a qual tenho um carinho muito especial.

A todos os bebês internados na UTIN durante o tempo em que exerci a profissão de enfermagem. Aprendi a ciência Neonatologia com vocês.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
2.1 DO CUIDADO MATERNO AO CUIDADO PELA EQUIPE.....	10
2.1.1 Cuidando do estabelecimento do vínculo mãe-bebê na UTIN.....	11
2.1.2 Trabalho e saúde no contexto da UTIN: da tecnologia ao cuidado.....	14
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DIRIGIDAS À CRIANÇA HOSPITALIZADA	19
2.2.1 História das políticas de proteção a criança no Brasil.....	20
2.2.2 A Política nacional de humanização.....	25
2.2.2.1 O Programa de Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso- Método canguru.....	28
2.3 HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.....	37
3 OBJETIVOS.....	48
4 METODOLOGIA.....	49
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	49
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	50
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	51
4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	52
4.5 A ANÁLISE DOS DADOS.....	55
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
5.1 O PROCESSO DE TRABALHO NA UTIN NO CONTEXTO DE UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA.....	56
5.2 AÇÕES E PROGRAMAS DA UTIN QUE ENVOLVEM A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	64
5.3 CONCEPÇÃO DE ASSISTÊNCIA HUMANIZADA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	73
5.4 FATORES QUE DIFICULTAM O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA.....	78
5.5 CONHECIMENTO E IMPLANTAÇÃO DA PNH NA UTIN.....	81
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
7 REFERÊNCIAS.....	93

ANEXO.....98

ANEXO A.....99

APÊNDICES.....100

APÊNDICE A.....101

APÊNDICE B.....102

LISTRA DE SIGLAS

UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal
RN	Recém Nascidos
SUS	Sistema Único de Saúde
MS	Ministério da Saúde
ECA	Estatuto da criança e do Adolescente
PNH	Política Nacional de Humanização
QI	Coeficiente Intelectual
EACNB	Escala de Avaliação do Comportamento Neonatal de Brazelton
CEAMA	Centro de Atendimento à Mulher Adolescente
OMS	Organização Mundial da Saúde
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
MMC	Método Mãe-Cangurú
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
FCC	Cuidado Centrado na Família
AHRNBP Canguru	MC - Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

RESUMO

Atualmente, há uma preocupação mundial crescente em aliar os avanços tecnológicos com a assistência sensível e individualizada. Existe um movimento em prol da humanização do nascimento, estimulando os profissionais de saúde a repensarem suas práticas, buscando a transformação da realidade no dia-a-dia do cuidado, visando à humanização da assistência em UTIN, pautada no atendimento das necessidades de todos os agentes envolvidos. O presente estudo é de caráter qualitativo e tem como objetivo analisar as práticas assistenciais que envolvem o processo de humanização da assistência dentro da UTIN de um hospital público. Para a coleta de dados, foi utilizada a técnica de observação participante registrada em diário de campo e a técnica de entrevista junto aos profissionais que compunham a equipe multidisciplinar da UTIN, o período da coleta foi de um mês. Os dados foram trabalhados por meio de análise de conteúdo, sendo agrupados em várias categorias, tais como: o processo de trabalho na UTIN, ações e programas que inserem a família no processo de hospitalização, ações que dificultam o processo de humanização da assistência, conhecimento dos profissionais de saúde acerca da Política Nacional de Humanização. Os resultados mostraram que na UTIN os profissionais da equipe multidisciplinar se sensibilizavam com a situação da família do RN no processo de internação do filho, mas as ações de alguns profissionais eram fragmentadas, individuais e voltadas a manter as normas e rotinas da Instituição. Outros profissionais mantiveram algumas condutas voltadas para humanizar a assistência, porém, encontraram dificuldades em lidar com a família mesmo apontando essas condutas como serem importantes durante a internação do filho. O programa de maior relevância para os profissionais voltados para a Política Nacional de Humanização foi o método canguru, que se encontrava fragilizado em suas etapas devido aos problemas burocráticos e administrativos da Instituição. Portanto, na UTIN em estudo foi detectada a necessidade de conscientização e treinamento dos profissionais de saúde a fim de aliar os avanços tecnológicos com práticas técnicas cuidadoras que permitem atender o RN e acolher também as suas famílias.

Palavras Chave: Relações profissional – Família. Humanização da assistência. Prematuro. Assistência integral à saúde.

ABSTRACT

Currently, there is a growing global concern of combining technological advances with sensitive and individualized assistance. There is a movement towards the humanization of birth, encouraging health professionals to rethink their practices, seeking to transform reality in day-to-day care, aimed at the humanization of care in the NICU, based on meeting the needs of all involved. This study is qualitative and aims to analyze the care practices that involve the process of humanization of care in the ICU of a public hospital. For data collection, we used the technique of participant observation recorded in field diary and interview technique with the professionals who made up the multidisciplinary team from the NICU, the collection period was a month. Data came through content analysis, and grouped into various categories such as: the process of working in the NICU, actions and programs that fall into the family in the hospital, actions that impede the process of humanization of care, knowledge health professionals about the National Policy of Humanization. The results showed that in the NICU multidisciplinary team of professionals are sensitized to the situation of the family of the newborn in the process of admission of the child, but the actions of some professionals were fragmented, and focused individual to maintain the rules and routines of the institution. Other professionals have maintained certain behaviors aimed at humanizing the care, however, encountered difficulties in dealing with the family even pointing these behaviors as being important during the hospitalization of the child. The program most relevant for professionals facing the National Policy of Humanization was the kangaroo method, which was weakened in their steps because of bureaucratic and administrative problems of the institution. Therefore, in the NICU under study was detected the need for awareness and training of health professionals in order to combine technological advances with practical techniques that allow caregivers meet the RN and their families also welcome.

Keywords: Professional Relations - Family. Humanization of assistance. Premature. Comprehensive health care.

1 INTRODUÇÃO

A Neonatologia é uma ciência nova que se desenvolveu a partir da década de 70, quando surgiram as primeiras Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Dois precursores da História da Neonatologia foram os obstetras Pierre Budan e Sir Dulgar Baird e suas atenções não estavam focadas somente nas condições maternas, mas também nos nascimentos de Recém-Nascidos (RN). Estas unidades surgiram com o intuito de atender aos RN que, devido a causas multifatoriais de ordem maternas ou por alterações fisiológicas do próprio RN, não conseguiram manter o desenvolvimento intraútero até a trigésima sétima semana gestacional, chamados então de RN prematuros (WONG, 1999).

Recém-nascido prematuro é aquele que nasce com idade gestacional menor que 37 semanas de gestação e peso menor que 2.500g. Dentro desse grupo de prematuros, existem aqueles que nascem com idade gestacional menor que 28 semanas de gestação e peso menor, que 1.000g, sendo então classificados como prematuros extremos (TAMEZ; SILVA, 1999).

Para que os RN prematuros extremos consigam sobreviver, após saírem do ambiente intrauterino e passarem para o ambiente extra-uterino, são encaminhados aos primeiros minutos do nascimento para a UTIN onde, a partir desse momento, além de ocorrer uma separação precoce entre o RN e a sua mãe, passarão por vários cuidados invasivos – que facilitarão ou dificultarão a sua sobrevivência – chamados de cuidados neonatais. A sobrevivência do bebê, geralmente, depende dos primeiros instantes, ou seja, com alguns minutos de vida, logo que chega à UTIN, o bebê é monitorado e, se necessário, é colocado no respirador, em uma incubadora, pesado, medido e submetido a múltiplos exames. É inquestionável que a evolução da tecnologia modificou o prognóstico e a sobrevida dos bebês de alto risco, mas, para os pais desses bebês, a UTIN é um ambiente de esperança e, também, de medo. Esperança por saberem que esse é um local preparado para atender melhor o seu filho e aumentar as chances de sobrevida. Medo, por saberem dos riscos inerentes aos pacientes que vão para tal ambiente e, ainda, sentimentos de frustração, por não estarem, em geral, preparados para esta separação.

A equipe de profissionais que trabalha na UTIN também é submetida a vários estímulos estressantes. O ritmo de trabalho é intenso e exaustivo; há uma exigência crescente de eficiência e atualização de conhecimentos; é necessário ter habilidade de relacionamento, bem como segurança na execução de técnicas e manipulação de máquinas e equipamentos complexos.

Diante deste contexto estressante, é possível afirmar que esses fatores têm acarretado conseqüências aos bebês e a seus familiares.

Atualmente, há uma preocupação mundial crescente em aliar os avanços tecnológicos com a assistência sensível e individualizada. Existe um movimento em prol da humanização do nascimento, estimulando os profissionais de saúde a repensarem suas práticas, buscando a transformação da realidade no dia a dia do cuidado, visando à humanização da assistência em UTIN, pautada no atendimento das necessidades de todos os agentes envolvidos.

A humanização pode ser entendida como uma maneira de ver e considerar o ser humano a partir de uma visão global, buscando superar a fragmentação comumente encontrada na assistência. Um dos aspectos que envolvem uma prática dessa natureza está relacionado ao modo como lidamos com o outro, tratando-o com dignidade e respeito, valorizando seus medos, pensamentos, sentimentos, valores, crenças, estabelecendo momento de fala e de escuta. Assim, a humanização é fundamental para o processo de trabalho em saúde, já que o mesmo se funda numa interrelação pessoal intensa (NOGUEIRA, 1997).

Por ter trabalhado como enfermeira em uma UTIN de um hospital público, referência em gestação de alto risco, por um período de nove anos, prestei assistência direta aos RN patológicos (a termo, prematuros e, muitas vezes, com má-formação congênita). Neste período de prática hospitalar, e também enquanto exerci a docência na área de Saúde da Criança e do Neonato, pude observar que toda assistência desenvolvida pela equipe se fazia de forma a evitar complicações ou sequelas para o RN patológico, mas pouco se fazia pela família desse bebê. Portanto, me interessou a proposta do mestrado na área de concentração Política Social e Saúde, tendo como escolha a linha de pesquisa Políticas Públicas e Política de Saúde, para melhor compreender essa

realidade. Quais as políticas públicas existentes no Brasil, dirigidas para a humanização da atenção na UTIN? Elas têm sido implantadas adequadamente, de forma a conseguir as transformações preconizadas?

Bowlby (2002) ressalta que a gestação e o nascimento de uma criança trazem profundas modificações para toda a família, sob diferentes aspectos e, principalmente, traz consigo o surgimento de novos vínculos afetivos, despertando ansiedades e tensões. Isso ocorre de forma exacerbada no parto prematuro, pois os pais foram preparados para uma gestação a termo e sadia. Desta forma, trabalhar com as crianças implica trabalhar com seus pais, especialmente com sentimentos e atitudes, procurando entender o funcionamento emocional, abolindo a postura crítica, a hostilidade e juízos de valor, percebendo e auxiliando na resolução da ansiedade, do medo, das fantasias e rejeições dos pais em relação ao filho (WONG, 1999).

Vivenciei que a família destes prematuros extremos sempre estava na expectativa, como mera observadora dos cuidados ali prestados, não podendo se envolver de forma direta com o seu próprio filho fosse por motivos de receio de tocar o bebê, por os acharem frágeis, ou mesmo pela própria gravidade que estes apresentavam.

Portanto, em razão do longo período de internação do RN, visando uma provável alta hospitalar, questiono: Como os profissionais de saúde que atendem à demanda de RN de alto risco visualizam a presença da família dentro da unidade neonatal? Que medidas seriam necessárias dentro do ambiente da UTIN para viabilizar a presença da família na assistência prestada ao RN? Como ocorrem as práticas assistenciais dentro da UTIN voltadas ao atendimento do RN e da sua família?

Estudos realizados acerca da temática ressaltam que as famílias de RN prematuros precisam de mais apoio da equipe hospitalar, através da criação de espaços para ouvi-las, compreendendo o momento em que estão vivendo e incentivando a sua participação na rotina da UTIN. Dessa forma, a equipe não estará apenas salvando a vida do RN, mas contribuindo também para a formação de uma relação afetiva mais sólida entre família e RN pré-termo. Porém, para que isso possa ocorrer, é preciso que haja um repensar não só das práticas de assistência hospitalares, mas das próprias condutas dos profissionais que trabalham nas UTIN (THOMAZ et al., 2005).

Dessa forma, a família de um RN prematuro merece atenção especial, particularmente da equipe de enfermagem, que tem maior oportunidade de contato com os mesmos, já que permanece a maior parte do tempo prestando cuidados ao RN crítico.

A equipe de enfermagem pode trabalhar essa relação – família e RN prematuro – através de várias medidas de intervenção: acompanhando os pais na primeira visita ao RN, esclarecendo dúvidas acerca dos equipamentos que cercam o RN; incentivando o contato pele a pele (método canguru), o toque e a fala; permitindo visitas dos avós; estimulando os pais a participarem de alguns cuidados, dependendo das condições clínicas do RN, além de incentivarem o aleitamento materno. Todas essas condutas são veiculadas para o processo de construção da assistência integral humanizada, embora não sejam isentas de conflitos, mas transformando o modelo de atenção à saúde vigente em alguns serviços neonatais, substituindo o paradigma biotecnológico pelo holístico (SCOCHI et al., 2003).

Na humanização do cuidado neonatal, o Mistério da Saúde preconiza várias ações, as quais estão voltadas para o respeito às individualidades, a garantia da tecnologia que permita a segurança do RN e o acolhimento ao bebê e sua família, com ênfase no cuidado voltado para o desenvolvimento físico e psíquico, buscando facilitar o vínculo pais-bebê durante sua permanência no hospital e após a alta (REICHERT et al., 2007).

Dessa forma, é necessário investir na formação e sensibilização dos profissionais de saúde das UTIN, promovendo não somente a capacitação técnica, mas também sensibilizando-os para que planejem a assistência pautada nos fundamentos da humanização e da integralidade do cuidado, a fim de proporcionar ao bebê e sua família um ambiente tranquilo e acolhedor, apesar da situação de hospitalização vivenciada.

A atual Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), levando em consideração o conceito de clínica ampliada, preconiza que cuidar é um conceito amplo que envolve os tratamentos propostos, assim como a criação de um ambiente que proporcione mínimas condições de conforto à pessoa cuidada, um encontro com ela mesma, fazendo nascer uma confiança proveniente desse encontro. A partir desse novo conceito de cuidado, “o trabalho clínico envolve o sujeito e a doença, a família e o

contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade” (BRASIL, 2004).

No contexto da assistência ao RN prematuro extremo, o Ministério da Saúde, trabalhando o conceito de atenção humanizada, preconiza o desenvolvimento de práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbidade e mortalidade materna e perinatal. Nesse sentido, humanizar o atendimento ao recém-nascido significa, entre outras coisas, ter segurança técnica da atuação profissional, eficácia na atenção ao neonato, condições hospitalares compatíveis com o período neonatal e oferta de condições para a participação da família do neonato num processo assistencial, aliados à necessidade da atenção individualizada.

Em se tratando de assistência neonatal, é preciso ter em mente que o nosso cliente não é apenas o recém-nascido, mas também sua mãe e toda sua família. Por isso, o foco de cuidado deve ser centrado na família e não somente limitado ao bebê (COSTA, 2006).

Ao olhar para a família na unidade neonatal, amplia-se a abordagem do cuidado para além do bebê prematuro, que comumente é o foco da atenção da equipe de saúde neonatal, pois o que se considera são os seres que, ligados a ele, interagem e movem-se de forma a estarem próximos e darem assistência dentro do ambiente hospitalar.

Para Caetano (2004), há uma necessidade de que a enfermagem e todos os membros da equipe atuantes na UTIN considerem o bebê, a mãe e os membros da família como clientes, ou seja, como seres em interação social potencialmente ativos e parceiros na atenção e no cuidado com a criança.

Bowlby (2002) indica ainda que o foco da assistência na UTIN, que antes cuidava apenas da sobrevivência dos bebês, hoje se direciona à sobrevivência de crianças neurologicamente intactas, em que emergiram as teorias de cuidado centrado na família e de cuidado individualizado de apoio ao desenvolvimento.

Nesse contexto, o desenvolvimento de uma assistência centrada na família requer mudanças de atitudes tanto da família quanto dos profissionais de saúde, assim como exige a reformulação da política e da prática de saúde existentes. Cabe, portanto, um novo olhar da equipe multidisciplinar para o binômio recém-nascido e família.

O enfrentamento da situação perinatal descrita até aqui exige profissionais de saúde motivados, comprometidos com a qualidade da assistência à saúde realizada pelo sistema de saúde e com um leque de competências, aspectos que estão praticamente ausentes dos programas de formação atualmente existentes. Assim, é vital desenvolver estratégias de gestão e mecanismos de educação permanente para ampliar a capacidade dos profissionais de articular saber e experiência clínica com trabalho colaborativo e reflexão crítica sobre a prática profissional desenvolvida por todos no âmbito das unidades neonatais (CAETANO, 2004).

Nesse sentido, o presente estudo visa conhecer a realidade das práticas assistenciais desenvolvidas na UTIN, em consonância com os princípios da integralidade da assistência voltadas ao atendimento do RN.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DO CUIDADO MATERNO AO CUIDADO PELA EQUIPE

Não há como a equipe compreender a inclusão de familiares, particularmente da mãe, no cuidado ao RN de risco no ambiente da UTIN, se ela não compreender a importância desse vínculo para o desenvolvimento da criança. Além disso, o cuidado materno constitui o protótipo para outros tipos de cuidado, como o cuidado com a saúde.

Entretanto, o cuidado com a saúde tem um caráter diferenciado do cuidado materno, na medida em que constitui um serviço profissional, o que implica em conhecer também como ocorre o processo de trabalho em saúde.

2.1.1 Cuidando do estabelecimento do vínculo mãe-bebê na UTIN

Os estudos sobre as relações iniciais entre mãe e bebê mostram que a formação e o estabelecimento dos vínculos afetivos são fundamentais para o desenvolvimento da criança. Considerados como facilitadores de uma vida física e psiquicamente saudável, os vínculos afetivos são reconhecidos também como promotores da capacidade do indivíduo reagir de forma positiva em situações adversas, nas diferentes etapas de sua vida. Quando algo vai mal nos momentos iniciais de ligação afetiva, encontramos risco de aparecimento de morbidades precoces, particularmente no campo dos transtornos psicossomáticos, bem como dificuldades nas relações familiares e sociais, repercutindo no desenvolvimento global da criança (BOWLBY, 2002).

O parto prematuro está permeado pela urgência e envolve um trauma tanto para a mãe quanto para o bebê. Depois do parto, a mulher será denominada mãe, mas, para que ela possa se apropriar desse bebê e se constituir efetivamente como mãe, precisará percorrer um longo caminho. Inicialmente, terá sentimento de perda, em função da separação que se impõe logo ao nascimento e de todas as dificuldades colocadas pela situação de prematuridade extrema. Nesse contexto, para que a mãe possa começar a se aproximar do bebê, ela precisará lidar com o impacto que o parto e o bebê prematuro lhe despertam, sendo que os primeiros contatos são intermediados pela equipe (MALDONADO, 2002).

Num primeiro momento, mãe e bebê estão submetidos a uma série de restrições em função da imaturidade e instabilidade do bebê, o que dificulta o contato.

Há uma interrupção abrupta que instaura muitos conflitos, com os quais a mãe terá que lidar diante de uma cena complicada e angustiante. Nessa situação, mãe e bebê terão que redescobrir um caminho de aproximação e contato, o que promoverá a constituição e desenvolvimento do bebê enquanto sujeito. No contexto de prematuridade e internação, a questão da morte vai permear os contatos, pois inicialmente esses bebês vão se apresentar como graves. A mãe não consegue se colocar como fonte de vida para o seu bebê e enfrentará vários entraves para estabelecer um contato com ele (MALDONADO, 2002).

A sobrevivência do bebê prematuro extremo está relacionada aos avanços científicos e tecnológicos que permitem aumentar os limites de viabilidade e aperfeiçoar as técnicas de cuidados em relação a esse bebê. No início da internação, toda a situação está envolvida por uma alta tecnicidade e precisão, sendo este um dos fatores que mantém a vida desses bebês. Mas é preciso atenção para que a técnica não se sobreponha ao contato com o bebê e sua mãe, sendo importante estarmos atentos às particularidades que cada caso nos apresenta (SCOCHI et al., 2007).

Segundo Mathelin (1999), face ao traumatismo do parto, será necessário que se dê uma simbolização, para que os pais – principalmente a mãe – possam imaginar este bebê. Os pais terão que encontrar um sentido que possibilite dar um lugar de existência para o bebê em suas vidas, dando a oportunidade para que os olhares se encontrem e as trocas se estabeleçam.

Nesse momento, as preocupações e as expectativas em relação ao bebê são muito diferentes, no que diz respeito à mãe e à equipe. A equipe fica envolvida pelo aspecto técnico: ao avaliar o quanto o bebê está grave, tem necessidade de expor todos os riscos que ele corre. Para a mãe, essa conduta dificulta ainda mais a situação, uma vez que, para poder se aproximar e entrar em contato com o bebê, ela precisa ter esperanças. Deseja entrar em contato com os aspectos que tragam a relação mãe-bebê para um terreno conhecido, em que possa desempenhar alguma função. Nesse contexto, as mães costumam questionar sobre o momento em que o bebê poderá começar a mamar. Ao longo da internação, a questão da alimentação vai sendo colocada em destaque, sendo privilegiada por todos que cuidam do bebê – pais e equipe. A alimentação apresenta-se como uma possibilidade de aproximação, pois a mãe fará todo um esforço no sentido de entender as formas e disponibilidades do bebê, no que diz respeito às possibilidades de mamar.

A alimentação ocorre de forma bastante diferenciada para os bebês prematuros, pois estes iniciam a dieta alimentar através de nutrição parenteral; após, evoluem para a assistência alimentar por meio de sonda nasogástrica e, posteriormente, poderão receber alimentação por via oral, ou seja, através do seio materno. Mas, até que todo esse processo ocorra, mãe e bebê percorrem um longo caminho de distanciamento.

Segundo Quinio (1999), o bebê é muito mais nutrido do que alimentado. Todas as referências de relações iniciais mãe-bebê ficam alteradas, o bebê recebe a alimentação passivamente, sem ser parte implicada no fato de ser alimentado e não há a participação da mãe nesse ato.

A situação de alimentação entre a mãe e o bebê permeia a base do relacionamento e, apesar de para o bebê prematuro extremo isso demorar muito a se estabelecer, pode-se observar que se estabelecerá uma comunicação entre a mãe e seu bebê, muito antes de se estabelecer qualquer padrão de alimentação (WINNICOTT, 1993).

Na situação de prematuridade extrema, o bebê se apresenta em condições precárias de sobrevivência, os pais são colocados como espectadores da situação e a equipe tem as técnicas para cuidar do bebê. Durante a internação, as relações se configuram de um modo particular entre o bebê, a equipe e os pais. Com a equipe, será necessário criar espaços para que se possa discutir e entender o que se passa com determinado bebê na sua internação, tanto do ponto de vista clínico quanto em relação a outros fatores que se colocam.

É importante notar as reações do bebê diante de toda a situação vivida e como está se dando a sua relação com o mundo à sua volta: a família, a equipe e os procedimentos. A equipe terá que estar atenta para não se colocar como substituta da mãe para o bebê, pois, a exigência de cuidados técnicos prolongados com a utilização de equipamentos e procedimentos não exime a criança do que representa os cuidados maternos e pode dificultar muito o relacionamento mãe-bebê. Durante o tempo de internação do bebê prematuro, a equipe precisa proporcionar uma situação de acolhimento para a família, no sentido de ajudá-la a se identificar com toda a situação de prematuridade extrema.

Segundo Rabelo (2004), sobre o bebê na UTIN incidem, ao mesmo tempo, o medo e a esperança de vida, entre os quais é importante estabelecer laços. Neste sentido, a equipe precisa oferecer contornos, intermediando e favorecendo o encontro da mãe com o seu bebê. Para que aconteça uma comunicação efetiva, é necessário que a equipe possa ouvir as dúvidas dos pais, respondendo às questões que vão surgindo ao longo da internação. É importante esclarecer os pais sobre o estado geral do bebê,

respeitando suas possibilidades de entrar em contato com a situação. Todo esse trabalho exige esforço e atenção em relação aos pais e a equipe precisa perceber as possibilidades e dificuldades que eles apresentam em relação ao bebê nos diferentes momentos da internação.

Para compreender a assistência prestada aos RN prematuros internados em UTIN se faz necessário conhecer o processo histórico dos hospitais pediátricos, do início do século XX até o momento atual, em que a prestação dos cuidados vai além das consequências que o ambiente da UTIN possa ocasionar no corpo anátomo-fisiológico do RN, repercutindo em como os profissionais de saúde lidam com o ato de cuidar na relação RN – equipe – família.

2.1.2 Trabalho e saúde no contexto da UTIN: da tecnologia ao cuidado

No início do século XX, com a institucionalização da assistência ao parto, houve aumento da morbidade e da mortalidade infantil por diversas doenças infecciosas epidêmicas, tornando-se necessária a instalação de berçários nas maternidades, para todos os bebês. Os bebês internados eram submetidos ao isolamento para prevenir infecções, onde as visitas, inclusive das mães, eram proibidas. A partir da segunda metade do século XX, os progressos tecnológicos e os avanços nas ciências sociais, inclusive na saúde, propiciaram pesquisas sobre os processos fisiopatológicos das doenças do RN e levantaram dúvidas acerca da validade da separação entre mãe e filho nos berçários. Concomitantemente, vários estudos em diferentes áreas – tais como: psicologia, fisiologia do comportamento e epidemiologia – confirmaram os efeitos danosos da separação desses bebês das suas mães, repercutindo em uma assistência que permitiria um contato maior entre eles, através da criação dos alojamentos conjuntos, onde as rotinas já autorizavam a participação da família nos cuidados prestados aos RN patológicos (SCOCHI et al., 2007).

Na mudança de um contexto onde a assistência, que era pautada somente na cura do RN, passa a envolver a participação da família, a assistência meramente tecnicista torna-se uma assistência sensível e acolhedora.

Mais recentemente, para que este novo paradigma assistencial fosse proposto na América Latina, se fizeram necessárias reformas dos sistemas de saúde, colocando na agenda do movimento sanitário a atuação no dia a dia dos serviços de saúde, ordenada pela *radical defesa da vida*. Isso implicaria a construção de um compromisso efetivo dos trabalhadores de saúde com o mundo das necessidades dos usuários, permitindo explorar o que as tecnologias em saúde detêm de efetividade em um novo modo de operar a gestão do cuidado em saúde.

Na construção de modelos de atenção com a saúde, a reforma sanitária trouxe como estratégia, no terreno da gestão organizacional e do trabalho em saúde, a superação do modelo médico-hegemônico neoliberal, constituindo organizações de saúde gerenciadas de modo mais coletivo. Além disso, os processos de trabalho são cada vez mais partilhados, buscando um ordenamento organizacional coerente com a lógica usuária-centrada e permitindo construir vínculos e compromissos estreitos entre os trabalhadores e os usuários nas formulações das intervenções tecnológicas em saúde, conforme as necessidades individuais e coletivas (MERHY, 2002).

Exemplificando e compreendendo todo esse contexto das tecnologias na produção do cuidado em saúde, dentro da UTIN, esta se configura como um ambiente tecnológico onde os avanços e a intervenção profissional, nos mais diferenciados graus de complexidade, se voltam principalmente para a recuperação do RN. Frequentemente, o foco principal de atenção, que deveria ser o RN e sua família (com todas as suas potencialidades), é desviado para a maquinaria ao seu redor e sua condição ou doença. Nesse ambiente de urgência e imediatismo, tão dominado de especialização, muitas vezes a equipe está voltada para dominar e manipular as tecnologias. Assim, o desafio premente é perceber a tecnologia de ponta em sua verdadeira dimensão no processo de cuidado, isto é, o meio que nos pode auxiliar na atenção à saúde e ao bem-estar da criança.

É nesse mesmo ambiente que outras necessidades do RN ganham destaque, como a inserção de sua família nos cuidados e na manutenção da qualidade de vida. Assim, o RN deve ser considerado e respeitado como ser-sujeito, dotado de individualidade, e não como simples objeto de intervenções. Logo, os cuidados não devem ser focados apenas nos aspectos biológicos, mas também no estímulo ao seu desenvolvimento

psicoafetivo. Quando valorizamos o cuidado meramente técnico, dicotomizamos o corpo biológico do social e deixamos de ver, sentir e adentrar pelo campo da subjetividade (CABRAL, 1999).

Quando o enfoque está exclusivamente voltado para a maquinaria, o procedimento e a patologia, o ambiente e os cuidados se tornam despersonalizados e pouco acolhedores, já que as dimensões humanas não ganham o devido destaque.

As histórias de vida, as posições pessoais, o contexto sócio-cultural e as experiências intensas compartilhadas pelo RN e sua família ao vivenciarem a prematuridade são negadas ou pouco valorizadas. Compreender a vivência dos pais com o RN numa situação-limite é dispor-se a valorizar as diferentes formas de enfrentamento que cada um assume diante das dificuldades, as nuances singulares de cada interação que estabelecem, as maneiras como experimentam o sofrimento da separação, do adoecimento e da perda de contato corporal. É também ir contra a prejudicial tendência de nos familiarizarmos com a dor e o sofrimento humano, de não estranharmos o cotidiano, de não nos envolvermos, de realizarmos ações impessoais desprovidas de afetividade (SILVA; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009).

Segundo Gomes (1996), há uma dificuldade da equipe em compreender as diferentes reações ao estresse vivido pela família. Alguns pais entendem as condições do RN e se adaptam às práticas da unidade, enquanto outros expressam reações contrárias, com comportamentos de negação, distanciando assim a equipe na percepção do sofrimento dos pais em relação aos filhos. Lidar com as contradições existentes, de um lado, a supervalorização da máquina e da doença e, de outro, a experiência humana, buscando estratégias integradoras onde as relações sejam valorizadas, é o próprio movimento da humanização.

Hoje esse é o grande desafio a ser enfrentado pelos profissionais que atuam em UTIN e, nesse sentido, a humanização se caracteriza por ser: [...] um novo paradigma onde fazer e pensar em saúde se integram e priorizam a construção de relações de encontro e acolhimento, com autonomia e responsabilização [...] (PNH, 2004, p. xx).

Segundo Merrhy (2002), para melhores interações entre os sujeitos na assistência, articulando avanços tecnológicos com os relacionais, é necessário repensar as dimensões tecnológicas duras – que lidam com máquinas e instrumentos – e a tecnologia leve – a tecnologia das relações humanas –, fundamentadas numa abordagem assistencial de um trabalho vivo em ato, onde evidencia as relações interpessoais através de momentos de fala, escuta e interpretação, para que os “sujeitos” que prestam assistência sejam responsáveis pela solução de problemas a serem enfrentados, com a finalidade de formação de vínculos duradouros entre prestadores de serviços e usuários. Esse desafio da assistência em manter o vínculo entre os sujeitos, na prática em uma UTIN, requer uma atenção maior para o relacionamento interpessoal e o resgate da subjetividade dos participantes.

No contexto hospitalar, a equipe de saúde precisa ser instrumentalizada a fim de transformar sua práxis no atendimento à criança hospitalizada. É necessária uma reflexão permanente dos modos de cuidar da criança e de sua família, promovendo ações de valorização e cuidado à própria equipe de saúde (COLLET, 2002).

Nesse sentido, cuidar envolve, acima de tudo, uma aproximação fiel ao que importa e realmente tem valor para aquele que é cuidado. Exige reciprocidade em um mundo de relações que são estabelecidas com base na confiança e na autenticidade. Por essa razão, a inserção da família como foco de cuidado às crianças hospitalizadas torna-se primordial.

A permanência conjunta de pais e filhos, que consiste na presença em período integral da mãe, do pai, ou de outro familiar significativo durante a internação da criança no ambiente hospitalar, possibilita o acompanhamento e envolvimento da família no projeto terapêutico (CECCIM; CARVALHO, 1997).

A inserção da família de forma compartilhada no cuidado à criança acontece no cotidiano, à beira do leito, mediante a identificação de seus recursos cognitivos, potencializando-os com ações de educação para a saúde, integradas ao fazer diário da práxis do cuidado interdisciplinar. O trabalho interdisciplinar fundamentado nas relações interpessoais preconiza o uso de uma linguagem única e compreensível a todos os participantes do contexto do cuidado. Para tanto, a equipe deve mostrar-se

coesa e segura, promovendo a flexibilização do projeto terapêutico, possibilitando aos pais a participação no planejamento do cuidado a seus filhos, respeitando suas reais possibilidades.

O cuidado à criança em suas interações hospitalares, incluindo a família, apresenta-se como algo relativamente novo para profissionais da saúde e ainda há muito a ser pensado e repensado. Percebe-se que o cuidado integral e humanizado demanda uma atitude mais aberta e flexível dos profissionais, pois é um cuidado afetuoso, eficiente e eficaz ao mesmo tempo. Possibilita estar junto, aprendendo a dividir tarefas, a vencer as próprias resistências pessoais, a refazer e dividir espaços, despindo-se de preconceitos, aceitando as famílias e suas escolhas, possibilitando que se tornem sujeitos de sua própria história (GOMES; ERDMANN, 2005).

Dentre os temas mais atuais em Neonatologia, enfatizando a humanização do atendimento perinatal, uma das estratégias de maior importância para que a prática humanizada ocorra, surge a partir da implementação do Método Mãe-Canguru como política pública, normatizada pelo MS através da Portaria 1.683 no ano de 2000. Este método envolve vários profissionais de saúde e a família do RN crítico num processo de hospitalização, onde os sujeitos em questão se interagem e se integram, mobilizando conhecimentos, atitudes e emoções, num processo em que a família e o RN são compreendidos enquanto unidade, com necessidades biológicas, sociais e culturais interligadas.

As ações na atenção humanizada estão inseridas num conjunto de intervenções comprometidas com a integralidade do cuidado, com a saúde e com a qualidade de vida, durante e após a alta hospitalar. Assim, o Método Canguru, objetiva o resgate da afetividade através da troca de calor entre a família e o RN crítico, no contato pele a pele crescente e prazeroso, acompanhado de suporte assistencial. A relação de apego, o aleitamento materno, a troca de olhares, o contato, então precoce, entre a família e o RN crítico se estabelece e a família deixa, então, de ser mera observadora dos cuidados prestados pela equipe de saúde ao seu filho, participando dessa terapêutica.

O Método Canguru enfatiza a mudança do modelo de saúde meramente tecnicista, centralizador e hospitalocêntrico, permitindo que um novo vies possa ser construído

através de políticas públicas de saúde, refletindo na prática exercida pelos profissionais que lidam com o mundo da UTIN e com os familiares que ali permeiam.

Para compreender a evolução das políticas de saúde voltadas para a humanização da assistência, é importante contextualizá-las em suas dimensões históricas.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DIRIGIDAS À CRIANÇA HOSPITALIZADA

Para compreendermos as políticas públicas que se fazem presentes em meio ao mundo das políticas intervencionistas de proteção à criança, faz-se necessário a compreensão do que vem a ser a política pública. A política pública é a soma das atividades dos governos que agem através de delegações que influenciam a vida dos cidadãos. As definições de políticas públicas guiam os nossos olhares para os governos, ou seja, que medidas são tomadas por eles para a resolutividade de um determinado problema? Do ponto de vista teórico-conceitual, a política pública envolve vários campos de saberes, tais como a sociologia, a economia e a ciência política, resumindo-se em um campo de conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação ou analisar essa ação e, se for necessário, propor mudanças nas condutas dessas ações.

Dessa forma, compreender a dinâmica dos processos históricos que se fizeram presentes nas ações do sistema de saúde para formulação das políticas públicas, tanto nas instâncias governamentais como nas ações de grupos de interesse e movimentos sociais, faz-nos repensar os modelos de saúde vigentes, assim como as ações propostas por uma política que visa qualificar o atendimento ao binômio mulher e criança.

Segundo Wong (1999), as políticas públicas voltadas para a saúde devem responder aos desafios colocados por um mundo de crescentes e dinâmicas transformações tecnológicas, com suas complexas intenções ecológicas e crescente interdependência internacional. Essas políticas criam ambientes sociais e físicos que promovem a saúde,

porque o crescimento econômico, isoladamente, não garante a melhoria das condições de saúde.

As políticas direcionadas à infância e à adolescência correspondem, mais estrita e diretamente, ao conjunto de normas, de regulamentos, de decisões, de ações políticas e de estratégias estabelecidas para fomentar o desenvolvimento de programas, estratégias de ação e intervenção na saúde da criança e do adolescente, com vistas à manutenção de condições de vida favoráveis ao desenvolvimento saudável, como um direito de cidadania (BRASIL, 1988).

2.2.1 História das políticas de proteção à criança no Brasil

O movimento de proteção à saúde materna e infantil teve origem na sociedade ocidental, entre os anos de 1750 e 1830 e repercutiu em práticas de saúde e nas bases do movimento sanitário do século XIX. Nesse período, ocorreram grandes revoluções nas áreas políticas, filosóficas e econômicas na Europa e na América do Norte, com manifestações filosóficas à *luz* do Iluminismo, que tinham como preocupação crescente os problemas de saúde de grupos específicos (ROSEN, 1994, citado por ROCHA; LIMA; SCOCHI, 1997).

Na época, esses pensadores se preocupavam em como organizar a vida e a saúde, já que ocorria o crescimento da sociedade urbana e industrial, onde a economia de mercado – fabril e urbano moderno – trouxe até os dias atuais, problemas que necessitam de novos arcabouços para a prevenção da doença e proteção da saúde.

Condições históricas, como diversas transformações afetando as relações entre mães e filhos, além da absorção de mulheres e crianças pelo mercado de trabalho, expunha-os, assim, às condições adversas de moradia, transporte, alimentação, além da elevada taxa de mortalidade materna e infantil. O saneamento do meio ambiente foi a primeira providência da saúde pública, implicando gastos. Entretanto, não foi suficiente para resolver os problemas do bem-estar das famílias e das crianças de camadas sociais mais carentes, pois, as altas taxas de mortalidade infantil, assim como o decréscimo nas taxas de natalidade demonstravam desigualdades entre as nações, uma vez que estas são socialmente determinadas (ROCHA; LIMA; SCOCHI, 1997).

Assim, a Pediatria emergente no século XVIII era, mais do que uma especialidade médica, uma proposta de assistência social no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, através de medidas de higiene corporal, alimentar e ambiental.

No final do século XIX, no Brasil, a criança era vista como um objeto que possuía duas mães, sendo uma mulher que gerava e outra que amamentava: muitos recém-nascidos eram entregues a amas de leite que garantiam sua sobrevivência. Havia, também, muitos RN de famílias pobres que eram abandonados por suas mães em casas denominadas *enjeitados*, *expostos* e *rodas*, onde eram acolhidos e cuidados. Nesse contexto, as condições sociais e sanitárias repercutiam no elevado índice de abandono e mortalidade infantil, revelando, assim, a indiferença com que a criança era tratada, onde a assistência era baseada no sentido da caridade cristã e filantrópica.

Segundo Silva, Christoffel e Souza (2005), a partir do século XX, os cuidados com a mulher e com o recém-nascido sofrem mudanças com a criação de instituições de assistência pública, onde as enfermeiras passaram a atuar nos consultórios de higiene infantil, orientando as mães quanto aos cuidados precatais. Ocorreram, então, modificações em relação à política de assistência à infância, com a evolução das práticas médicas e hospitalares e o avanço de tecnologias para a sobrevivência de prematuros, em centros especializados para internação desses RN que dispunham de tecnologias mais complexas, como, por exemplo, o uso de incubadoras e respiradores.

No Brasil os primeiros documentos oficiais reveladores das políticas de saúde mostram uma preocupação com a saúde materno-infantil através de programas específicos. Isto pode ser observado nas conferências nacionais de saúde realizadas no período de 1941 a 1980 com o plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência até a década de 80. Com a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 (Decreto n. 91.466) e a posterior promulgação da constituinte em 1988, ocorreu o marco de mudanças no sistema de saúde, através da Reforma Sanitária, com ampla mobilização popular; extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, além do dever do Estado em prover a saúde mediante políticas sociais e

econômicas e reorganização do sistema de saúde como um novo arcabouço institucional (BRASIL, 2009).

Estas políticas foram um ponto de inflexão das políticas de saúde anteriores, centradas principalmente nas campanhas para o controle das endemias, cujas estratégias já revelavam uma preocupação com a força de trabalho, necessária para o desenvolvimento econômico do país, melhorando os índices de morbidade e mortalidade infantil e garantindo a sobrevivência para a constituição de um exército de trabalhadores e mão-de-obra para os processos produtivos. Com a promulgação da Constituição de 1988, a saúde passou a ser entendida como um direito do cidadão e um dever do Estado.

Uma investigação sobre a mortalidade infantil realizada pela OMS/OPS ao final da década de 60, tanto no Brasil como em outros países da América Latina, identificou grupos de risco vulneráveis, mulheres com complicações gravídicas, o que aumenta o número de abortos, assim como as crianças com causas de morte pelas doenças infecciosas, associadas ao baixo peso ao nascer e à desnutrição (ROCHA; LIMA; SCOCHI, 1997).

Até a década de 70, a população que estava inserida no mercado de trabalho, tinha maior poder de barganha e, por isso, conquistavam o direito à saúde, através da Previdência Social, atingindo também a população infantil e feminina na qualidade de dependentes dos trabalhadores beneficiários. Porém, esses serviços prestadores de assistência médico-hospitalar caminharam para o esgotamento de suas possibilidades, sem resultar em benefícios proporcionais ao seu investimento. O governo federal estendeu o atendimento médico sanitário à população mais carente, com a coordenação do MS, a participação do Instituto Nacional de Assistência Social (INAMPS), em parceria com as Secretarias Estaduais e através de programas específicos, como o programa Materno-Infantil (ROCHA; LIMA; SCOCHI, 1997).

Entretanto, somente muito mais tarde, as preocupações se voltaram para grupos populacionais específicos, não relacionados apenas à reprodução humana. Por isso, fez-se necessário compreendermos não somente a saúde da mulher, mas também os

movimentos sociais que se pautaram à prestação de serviços de saúde, com diretrizes dirigidas à saúde materno-infantil.

No ano de 1973, também foi criado o Programa Nacional de Imunização, que veio contribuir para a erradicação de várias doenças infectocontagiosas e imunopreviníveis.

A partir da implantação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), instituído em 1983 pelo MS, foram introduzidos outros conceitos na atenção à saúde feminina, como a integralidade e a autonomia corporal. Mesmo após a implantação do PAISM, alguns desafios ainda precisavam ser superados pelos gestores e trabalhadores de saúde, como a humanização da atenção e as inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal. Surgem, então, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no ano 2000, com diretrizes enfáticas para humanizar a assistência com melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao RN, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2001).

Dentre os princípios que orientam os Direitos Universais, assentam-se os direitos de cidadania do recém-nascido prematuro: a garantia ao acesso dos serviços de boa qualidade e integrados, de modo a assegurarem a continuidade da assistência; o direito de ser atendido em suas necessidades biológicas, emocionais e psicossociais, ser acolhido pelos trabalhadores e serviços, além de ter garantido os seus direitos de cidadão, os pais têm o direito garantido de estarem junto ao filho, participando ativamente do processo terapêutico e da tomada de decisões relativas ao desenvolvimento integral da criança.

Os programas atendem às políticas anunciando diretrizes para o planejamento sistemático em campos específicos de saúde, tais como saúde da família, saúde da criança, saúde do adolescente, entre outros. Dentre esses, enfatizo o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança – PAISC (BRASIL, 1988).

O PAISC foi criado em 1984, com o objetivo de aumentar a cobertura e a resolutividade da assistência à saúde infantil, estabelecendo medidas preventivas, bem como permitir o controle dos agravos de maior prevalência na infância. As cinco ações básicas

propostas pelo PAISC são: incentivo ao aleitamento materno e orientação adequada para o desmame; assistência e controle de infecções respiratórias agudas; imunização para o controle das doenças preveníveis; controle das doenças diarréicas; acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento (BRASIL, 1988).

Segundo Rocha, Lima e Scochi (1997), a queda da mortalidade infantil ocorre devido ao conjunto de ações básicas do poder público no controle médico sanitário, através de ações como: aumento da cobertura vacinal, maior acesso aos serviços de saúde, expansão da rede de esgoto e água, além de elevação no nível de instrução da mãe e redução da fecundidade.

Para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, passa a ser imprescindível o uso do cartão da criança pelos profissionais de saúde, para monitorar o gráfico de crescimento da criança com a evolução do peso e altura aferidos desde o seu nascimento. Este contém também informações importantes, tais como: saúde bucal, aleitamento materno, dados referentes à gestação e ao nascimento, vacinações, alimentação e outros.

O incentivo ao aleitamento materno, desde o nascimento do bebê até os seus dois anos de vida, é assegurado pelo Programa Nacional de Amamentação, tendo como proteção legal o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). No conjunto das políticas sociais, o ECA destaca o SUS (art. 8º) como responsável pela cobertura de atendimento à criança, desde a concepção até o término da adolescência. Nesse sentido, pelo SUS, a criança e o adolescente devem ser atendidos nos períodos pré-natal, perinatal, na infância, no período escolar e na adolescência (Lei Nº 11.185/2005). No artigo 12 do ECA, os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança e adolescente (BRASIL, 1990).

O cumprimento dessa lei torna-se um desafio, pois, como temos visto, os profissionais que trabalham nas UTIN centram o atendimento na viabilização de uma melhora fisiológica do RN.

A família deve estar envolvida nessa assistência, já que é um direito da criança ser acompanhada durante o tempo de internação pelos seus familiares, motivo pelo qual deverão também receber atenção da equipe, fazendo, assim, com que a assistência se torne ampliada. Para que isso ocorra, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Humanização (PNH), Humaniza –SUS (BRASIL, 2004).

2.2.2 A política nacional de humanização

O Humaniza SUS é uma proposta para enfrentar o desafio de tomar os princípios do SUS no que eles impõem de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde. O Ministério da Saúde decidiu priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS.

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre a atenção e a gestão (BRASIL, 2004).

Sendo assim, a PNH não é um mero conjunto de propostas abstratas, ao contrário, se apresenta como uma política construída a partir de experiências concretas já realizadas e que podem ser multiplicadas na prática. Como exemplo, o acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. Ou seja, é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários (BRASIL, 2004).

Implica, sobretudo, prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência. No cotidiano das práticas, parte-se do princípio da universalidade de acesso, ou seja, todos os cidadãos devem ter acesso aos serviços de saúde e a responsabilização pela saúde dos indivíduos é das instâncias públicas.

É verdade que, no campo da saúde pública brasileira, ocorreram vários avanços no sentido da regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social. Porém, quanto à dinâmica dos processos de trabalho, há fragmentação e verticalização das ações de saúde, dificultando as relações entre os diferentes profissionais de saúde e os usuários, além do trabalho em equipe. Acrescendo-se que a dificuldade em lidar com as dimensões subjetivas e sociais presentes nas práticas de atenção, tornam-se fragilizadas (BRASIL, 2004).

Em um estudo realizado por Santos Filho, Barros e Gomes (2009), são discutidas as questões sobre a contribuição da PNH em relação aos processos de trabalho e da organização dos serviços de saúde. Neste estudo, o modelo que se propõe é o que permite a modificação dos modelos de atenção e gestão de saúde centrados na racionalidade biomédica, ou seja, fragmentados, hierarquizados, focados na doença e no atendimento hospitalar, onde os princípios do SUS não são efetivados em sua totalidade. Para esses autores, os processos de trabalho são processos de produção de sujeitos, uma vez que o homem e o mundo não são realidades já instituídas, logo, houve a necessidade de refletirem sobre os usos dos dispositivos da PNH.

No estudo, a humanização é efetivada quando há avaliação dos processos de trabalho, ou seja, das formas como agimos no cotidiano dos serviços de saúde através das práticas e experiências vivenciadas, no encontro entre usuário e trabalhadores de saúde. Propõem que, no âmbito da PNH, se faz necessário algumas estratégias, tais como: a inclusão no SUS dos trabalhadores, gestores e usuários para criarem espaços que possibilitem a discussão dos serviços de saúde; ampliar a discussão dos problemas locais do serviço de saúde através do modo de ser e fazer aquele serviço; e exercitar um apoio institucional. O apoio institucional é uma estratégia metodológica para o enfrentamento dos desafios que o trabalho no campo da saúde nos coloca, pois lidamos com o limite do ser humano, com a dor, com nossa impotência, com a morte, com o fracasso, logo, precisamos de planos de carreira e salários, de apoio institucional.

Segundo Campos (2003 apud SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009), o apoio é uma função expressada num determinado modo de fazer, que não está localizada numa pessoa, e persegue a criação de grupalidade, de forma a montar e fortalecer redes de coletivos.

Faz-se necessário para a dinâmica do processo, um apoiador que faça a “ponte” entre a instituição e a equipe do serviço de saúde, onde a função do apoiador institucional é de contribuir para a gestão e organização dos processos de trabalho, na construção de espaços coletivos onde os grupos analisam, definem tarefas e elaboram projetos de intervenção.

Outra proposta, citada pelos autores, sobre a PNH é que essa política adota como princípio a indissociabilidade entre a atenção e a gestão, ou seja, contribui com o modo de discutir e construir, no coletivo, estratégias para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, entendidos como indissociáveis de maneira como esses são geridos. Também a criação de espaços coletivos que incluem os diferentes atores, além de enfatizar a importância do apoio institucional, auxilia os diferentes atores sociais em colocar em questão as análises dos processos de trabalho, contrariando as regras, protocolos e normas impostas, indo, portanto, de encontro à realidade dos problemas levantados.

Segundo Santos Filho, Barros e Gomes (2009), as ações, no âmbito da PNH destacam a importância de se (re) organizarem os processos de trabalho, para modificar a oferta de serviços, priorizando o modo de se discutir e articular essa (re) organização em equipe, *o que fazer* não pode sobressair *ao como fazer*.

Outra questão levantada no estudo foi o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho, em que os diferentes atores sociais possam ser articuladores das ações de saúde, através da análise das suas próprias ações, assim como análise das ações coletivas, na busca da produção de saberes. É importante também ressaltar que, para Santos Filho, Barros e Gomes (2009), onde os trabalhadores se reúnem para trocar experiências vividas, suas dores e impossibilidades, há a possibilidade de não neutralizar os movimentos que se emergem no cotidiano da prática, podendo ser trabalhadas questões subjetivas (ouvir, acolher, pensar, refletir). Há ainda o desafio da

construção de caminhos que ampliam o debate sobre as práticas humanizadas nos serviços de saúde, pois, essas práticas perdem as suas forças para produzir mudanças significativas nos serviços de saúde na direção dos princípios do SUS, ao se reduzirem em ações desarticuladas que não colocam em análise os processos de trabalho.

Enfim, a PNH se afirma como uma política pública de saúde, com princípios de inseparabilidade entre a clínica e política, o que implica também não se dissociar a atenção da gestão nos processos de produção de saúde, além de transversabilidade em que se permite a ampliação da comunicação entre os grupos que compõem o sistema de saúde, onde há inclusão de gestores, usuários e trabalhadores na gestão dos serviços de saúde por meio de práticas, tais como: acolhimento, clínica ampliada, valorização do trabalho, direitos dos usuários, entre outras (BRASIL, 2004).

2.2.2.1 O Programa de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru

No Brasil, a partir da década de 80, começam a surgir várias propostas de intervenção, centradas na presença e participação da mãe, com resultados que chamam a atenção no que se refere ao desenvolvimento global da criança, como, por exemplo, as interações sociais. A partir do final da década de 90, esta preocupação traduziu-se na *atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru* programa elaborado e implementado pelo Ministério da Saúde, através de norma, protocolos e de um amplo processo de capacitação nas diferentes regiões do país (BRASIL, 2002).

Este método se caracteriza pela mudança na forma do cuidado neonatal baseada em quatro fundamentos básicos (CARVALHO, 2005):

- a) acolhimento do bebê e sua família;
- b) respeito às singularidades (cuidado individualizado);
- c) promoção do contato pele a pele, o mais precoce possível;
- d) envolvimento das mães no cuidado com o bebê.

Porém, ressalta-se que, em todas as modalidades de atendimento, a promoção da saúde deve ser a primeira preocupação de quem a realiza. As orientações devem ser individualizadas, de acordo com a fase de desenvolvimento em que a criança se

encontra, enfatizando os aspectos físico, social e mental, respeitando as limitações apresentadas.

O atendimento à criança deve ser feito levando em consideração seu contexto familiar e suas necessidades básicas. A autonomia da família no processo de cuidado da criança deve ser estimulada pela equipe e o monitoramento da evolução da assistência deverá ser feita no sentido de apoiar e orientar os familiares, interagindo com eles, compreendendo e lidando com os efeitos dos determinantes culturais, sociais e ambientais, intervindo de maneira a manter a saúde desse bebê. Em geral, programas de intervenção com os pais de bebês nascidos prematuros mostram resultados positivos, pois há evidências de que aspectos do ambiente, tanto físico quanto do cuidado, exercem um forte efeito na probabilidade do sucesso obtido em programas de saúde.

Várias intervenções foram criadas a fim de auxiliar os pais a lidarem com a situação estressante de terem um bebê doente ou pequeno. Em algumas intervenções, há o envolvimento dos pais juntamente com o bebê, enquanto outras têm se dirigido ou aos pais ou aos bebês isoladamente.

As intervenções com prematuros partem da premissa básica da necessidade de existir uma rede de apoio para estes pais. O nascimento, seja de um bebê a termo ou prematuro, é considerado um período sensível no desenvolvimento. Nesse sentido, as intervenções podem ser designadas para facilitar o funcionamento do sistema familiar. Sob tal aspecto, as intervenções que incrementam um suporte para os pais e uma relação de responsabilidade na família da criança são importantes, tendo enorme influência no desenvolvimento posterior dessas crianças.

A atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso pode ser considerada um conjunto de propostas de cuidado que se integram com as diferentes tecnologias em saúde existentes, desde o uso de medicamentos, o controle ambiental e a utilização de equipamentos, assim como a dimensão da tecnologia leve, onde as relações interpessoais, momentos de falas e escutas, são potencializadas (HENNING et al., 2010). Devido à proposta do MMCC incluir a participação da família no cuidado ao RN prematuro, enfatizando a importância da relação que deverá ser estabelecida entre os profissionais e os pais do RN prematuro, a forma de cuidado proposta pelo método vai

ao encontro da literatura internacional denominada Cuidado Centrado na Família (CCF). Esta abordagem está fortemente embasada na crença de que é a família que tem maior influência na saúde e bem-estar dos bebês, cabendo aos profissionais de saúde o importante papel de favorecer a confiança e a competência dos pais como cuidadores ou na tomada de decisões. Desta forma, foram desenvolvidos os princípios do CCF na atenção neonatal, que são propostas similares às encontradas na Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (AHRNBP– MC), onde as intervenções são voltadas para cuidados individualizados, alívio da dor, participação dos pais nos cuidados, comunicação e informação, sendo que as duas propostas são trabalhadas desde a detecção da gestação de risco (HENNING et al., 2010).

As diretrizes do CCF e da AHRNBP-MC iniciam-se a partir da identificação das gestantes com maior risco de RN de baixo peso para que sejam oferecidas informações sobre cuidados médicos específicos e humanizados.

Comparando as assistências prestadas na proposta do CCF e da AHRNBP– MC, seguem as diretrizes abaixo:

	CCF	AHRNBP– MC
1. Comunicação	O CCF deverá baseado numa comunicação livre, ética e honesta entre pais e profissionais.	Estimular o livre e precoce acesso dos pais a UTIN, buscando uma boa interação entre família e equipe.
2. Informação	Os pais devem ter à sua disposição as mesmas informações médicas, informações sobre as incertezas relativas ao tratamento, acesso ao prontuário e participação nos <i>rounds</i> . A linguagem deve ser acessível para que sejam capazes de	Mãe e família deverão ser orientadas sobre as condições de saúde da criança. A equipe de saúde deve se preocupar com o grau de compreensão que a família tem sobre as informações recebidas.

	fazer escolhas no tratamento.	
3. Participação nas decisões clínicas	Nas decisões clínicas que envolvem alto risco de mortalidade e morbidade, grande sofrimento e/ou controvérsia no tratamento, os pais devem ser informados sobre os benefícios e malefícios relativos ao tratamento proposto e devem decidir se concordam ou não com a terapia proposta.	
4. Gravidez de risco	Devem ser oferecidos aos pais informações sobre as consequências de uma gravidez de risco. Os pais devem ter a oportunidade de expressar sua preferência pelo tratamento, caso seu bebê seja prematuro extremo ou gravemente doente.	Identificação das gestantes com maior risco de recém-nascidos de baixo peso para que sejam oferecidas informações sobre os cuidados médicos específicos e humanizados.
5. Alívio da dor/cuidados individualizados	Pais e profissionais devem reconhecer e aliviar a dor dos bebês na UTIN.	Profissionais devem proporcionar aos pais informações sobre os sistemas de regulação do bebê e alívio da dor.
6. Ambiente	Pais e profissionais devem trabalhar juntos para garantir um ambiente apropriado para os bebês na UTIN.	Estabelecer uma contínua adequação tanto de abordagem técnica quanto das posturas que impliquem mudanças ambientais e comportamentais com vistas à maior humanização do atendimento.

7. Participação dos pais no cuidado	Pais e profissionais trabalham juntos para assegurar a eficiência do cuidado neonatal. Pais e profissionais devem desenvolver condutas de promoção de cuidados de maternagem e encorajar ao máximo o envolvimento das famílias com seus bebês hospitalizados.	Valorização da família na recuperação do bebê. Estimular os pais a participarem dos cuidados dispensados ao bebê.
8. Seguimento pós-alta	Pais e profissionais devem promover o acompanhamento, a longo prazo, dos bebês de risco.	Melhorar o prognóstico do recém-nascido de baixo-peso, acompanhando a evolução de seu desenvolvimento físico e psíquico e identificar a necessidade de acompanhamento especializado.
9. Avaliação compartilhada das escolhas terapêuticas.	Pais e profissionais devem ter clareza sobre os danos advindos tanto da falta quanto do excesso de procedimentos realizados no bebê que está em situação crítica, assim como devem promover a consciência das necessidades dos bebês que sobrevivem com deficiências e assegurar adequado suporte para eles e suas famílias.	
10. Treinamento dos profissionais.		Habilitar os profissionais na humanização dos cuidados hospitalares e ambientais, considerando

		a aproximação o mais precoce possível entre a mãe e o bebê para fortalecer o vínculo afetivo.
11. Acolhimento à família		Incorporar o acolhimento à família do bebê como tecnologia necessária para a assistência ao recém-nascido internado na UTIN.
12. Contato pele a pele		Promover o mais precocemente possível, o contato pele a pele entre a mãe e bebê, realizado de maneira orientada, por livre escolha, de forma crescente e segura e acompanhada de suporte assistencial pela equipe de saúde adequadamente treinada.
13. Garantia da presença materna.		Permanência assegurada à mãe com suporte assistencial, durante o período da internação do bebê.

FONTE: Hennig, S. et.al, 2010.

Bowlby (2002), em seu trabalho *Cuidados maternos e saúde mental*, realizado para a Organização Mundial de Saúde, já alertava-nos sobre a imprescindível função da família para um adequado desenvolvimento infantil. Portanto, amparar as famílias que estão envolvidas nos cuidados de bebês prematuros é criar uma rede de apoio imprescindível para que esses bebês possam ser amparados.

Podemos considerar, assim, como uma importante intervenção, diretamente relacionada ao bebê e ao vínculo pais-bebê, a permissão da entrada dos pais na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.

Nessa perspectiva, dois estudos foram fundamentais para que as portas das UTIs neonatais se abrissem aos pais e familiares. O primeiro realizado por Klaus e outros autores, na década de 70, objetivou avaliar a ameaça de infecções nos bebês internados em UTIN. Para tanto, foi permitido a 44 mães que entrassem na enfermaria, logo após o nascimento dos seus filhos, para que pudessem pegá-los e alimentá-los.

Os resultados não mostraram aumento em bactérias perigosas, mesmo com as visitas das mães. No outro estudo, realizado em 1982 por Klaus e Kennell, permitiu-se a um grupo de mães que entrassem nas UTIs para cuidar e ficar próximas de seus bebês. As crianças deste grupo tiveram um escore mais alto no teste Stanford-Binet, que avalia o coeficiente intelectual (QI) dos bebês, quando comparadas com as crianças do grupo controle, no qual as mães não tiveram contato precoce com seus filhos. Após estas descobertas, inúmeras pesquisas passaram a ser realizadas enfocando a presença da mãe (BOWLBY, 2002).

Andrade (2002) enfatiza que, com a atenção destinada à forma de realizar os procedimentos individuais com os bebês internados em uma UTIN, é possível reduzir as agressões físicas e sensoriais que os bebês sofrem durante os procedimentos necessários para sua sobrevivência. Portanto, deve-se ter cuidado com a luminosidade e a sonoridade do ambiente, devendo-se limitar e agrupar os cuidados dolorosos e respeitar o ritmo do bebê, suas necessidades de sono, de sucção, de relação e de carinho. Acrescenta, ainda, que se deve comunicar ao bebê e aos pais o valor e o propósito de todos os procedimentos médicos, incluindo os problemas encontrados.

Field (1986), em estudo de revisão sobre intervenções com prematuros, aponta algumas formas de estimulação que se mostraram efetivas; entre elas, cita a presença dos pais, a sucção não nutritiva, a estimulação tátil e a estimulação sinestésica. Acrescenta que a base para o planejamento do cuidado individualizado é formulada a partir das observações realizadas pela equipe da UTIN, juntamente com as informações fornecidas pelos pais sobre o bebê.

Outra forma de participação ativa dos pais dentro da UTIN, junto aos RN saudáveis e a termo, assim como os bebês de risco, é a Escala de Avaliação do Comportamento Neonatal de Brazelton (EACNB), que possui também utilização terapêutica e vem sendo amplamente utilizada e testada para avaliação da motricidade e atenção do bebê para o mundo exterior. Além disso, essa avaliação auxilia os pais a observar e a compreender seu filho como um parceiro ativo da interação, apresentando, portanto potencial para desenvolver relações sociais.

O resultado dessas pesquisas comportamentais dos bebês dentro das unidades neonatais vem ressaltar a importância dos pais nos cuidados diários realizados junto ao RN, para que o mesmo não seja portador de alterações no seu desenvolvimento cognitivo, social e outros. Portanto, a equipe de profissionais da UTIN deverá realizar intervenções especificamente dirigidas aos pais, tanto individualmente como em grupo. O envolvimento com os pais ou com a família, a partir do primeiro dia de hospitalização, aparece como um ingrediente muito importante no suporte desenvolvimental da criança. Em relação ao apoio diário e contínuo, a equipe deve estar preparada para enfrentar questões repetitivas e angustiantes, informar mais corretamente, sem dramatizar, confrontar-se aos julgamentos e à agressividade dos pais e saber infundir confiança aos pais. Assim, o papel central do profissional de saúde com os pais, frente ao nascimento de um bebê prematuro e doente, deve ser o de apoiar a família em seus esforços.

Field (1986) cita também que as intervenções, sempre que possível, devem envolver o treinamento dos pais, pois ampliar o conhecimento, as habilidades e as experiências dos pais tem se mostrado uma ação efetiva, não apenas na melhora do desenvolvimento infantil, mas também nas habilidades dos pais para exercer a paternidade.

As intervenções citadas mostram que oferecer um trabalho de apoio contínuo aos pais, seja este realizado em grupo ou individualmente, somente no hospital ou com início no hospital e continuidade em visitas domiciliares, que enfoquem apoio e/ou informação, são ações capazes de fomentar a sensibilidade materna (capacidade da mãe de perceber, interpretar e responder adequadamente ao comportamento da criança),

podendo auxiliar na formação de um apego seguro e, conseqüentemente, num desenvolvimento mais satisfatório. Também as questões referentes ao preparo dos profissionais para lidar com os prematuros e com as famílias, apoiando-os e ensinando-os sobre as capacidades de seus bebês, apresentam resultados positivos, quando realizados individualmente ou em grupos. Estes dados comprovam que se pode conseguir uma maior qualidade de vida tanto para o bebê quanto para sua família com intervenções simples em saúde.

A necessidade de intervenções primárias precoces para o desenvolvimento, destinadas a populações de risco, é apontada como prioridade em ações de saúde pública, assim como a importância de pesquisas para conhecer a efetividade e a eficácia destas intervenções. Portanto, é de fundamental importância não apenas realizar intervenções, mas também avaliar sua efetividade e/ou eficácia.

Estudo realizado por enfermeiras obstétricas e pediátricas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro demonstrou que é crescente o número de gestantes adolescentes em nosso país. O Centro de Atendimento à Mulher Adolescente (CEAMA), do Hospital Pedro II, em Santa Cruz, Zona Oeste, realizou 3.970 consultas às adolescentes gestantes no ano de 2001, que triplicou em 2003 (foram 11.199 atendimentos). A assistência prestada pela equipe multidisciplinar, formada por médicos, enfermeiros e psicólogos desse projeto, está voltada para um atendimento humanizado e acolhedor evitando assim, a evasão dessas gestantes adolescentes, além de diminuir o índice de mortalidade materna e neonatal por doenças preveníveis. Para que essa realidade possa ser vivenciada continuamente, há necessidade dos serviços de saúde fazerem parcerias com escolas técnicas e universitárias, não só humanizando o ensino, mas aliando o conhecimento técnico e científico às práticas sensíveis (SILVA; CHRISTOFFELL; SOUZA, 2005).

As autoras concluem que, apesar de melhoras no atendimento durante o período gravídico-puerperal em nosso país, ainda há lacunas na assistência que deverão ser trabalhadas, e se faz necessário que os profissionais de saúde possam ter em sua formação a ampliação de conhecimentos e incorporação de atitudes sensíveis, baseadas em evidências científicas atuais e em práticas articuladas com as perspectivas das mulheres e das crianças.

Há necessidade de profissionais com atitudes, que superem a competência técnica e que tenham compromissos no atendimento direto à clientela, com a criação de espaço para o diálogo onde os profissionais possam conhecer as suas reais necessidades, expectativas, dúvidas e para que a assistência seja planejada de acordo com o estilo de vida da mulher e da família. Para isso, é importante sensibilizar as instituições em prol do movimento da humanização do parto e do nascimento, respeitando as singularidades, os direitos da mulher e da criança.

2.3 HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

A partir das transformações ocorridas ao longo dos tempos, a assistência ao RN começa a ser repensada com ações desenvolvidas com o intuito de alcançar o cuidado centrado no recém-nascido e sua família, procurando, deste modo, humanizar a assistência. A Política Nacional de Humanização (PNH), como política pública que traduz princípios e modos de operar no conjunto das relações entre todos que constituem o SUS, enfatiza, especialmente, o modo coletivo (e cogestivo) de produção de saúde e dos sujeitos nele implicados (SANTOS FILHO, 2007).

A preocupação com a saúde perinatal tem envolvido, atualmente, políticas governamentais que evocam, cada vez mais, políticas assistenciais no sentido de humanizar o processo de nascimento. Fazem parte desse processo o incremento da qualidade de atenção pré-natal, a ênfase na prática do parto natural, a participação do pai no processo, o incentivo ao aleitamento materno, o fortalecimento do vínculo da família com o RN. Enfim, atividades que visam oportunizar a expressão de emoções e vivências, a troca de conhecimentos entre profissionais e famílias, bem como a aprendizagem de melhores formas de viver a gravidez, o parto e o puerpério (SANTOS FILHO, 2007).

Dentro dos princípios do SUS, várias tentativas têm sido feitas para humanizar o atendimento ao RN na UTIN, tais como: abertura da UTIN aos pais, preparo da mãe

para uma próxima gestação, alta precoce, grupo de pais, alojamento conjunto para os pais de bebês prematuros, entrevistas com os pais, intervenção domiciliar para os pais jovens (SANTOS FILHO, 2007).

Segundo o MS (2001), o conceito de atenção humanizada ao RN é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbidade e da mortalidade materna e perinatal. Humanizar o atendimento ao RN significa, entre outros, ter segurança técnica da atuação profissional, eficácia na atenção ao neonato, condições hospitalares compatíveis com o período neonatal, oferta de condições para a participação da família do neonato no processo assistencial, aliados à necessidade da atenção individualizada. O atendimento perinatal tem sido foco primordial da atenção do MS, que procura elevar não só o padrão da assistência técnica a essa população (mulher, RN e família), mas também propor uma abordagem, por parte dos profissionais de saúde, que seja fundamentada na integralidade do ser, buscando-se a mudança de percepção relacionada à humanização da assistência prestada. Costa (2006, p. 21) complementa que essa política:

Afirma ser necessário instrumentalizar os profissionais que atuam nessa modalidade de cuidado com conhecimentos sobre as teorias de família, psicologia familiar, apego mãe-filho, relacionamento interpessoal, aspectos socioculturais relacionados ao nascimento e à infância e sobre os direitos humanos, para uma atuação mais adequada face ao novo modelo de atenção à saúde.

Com a incorporação das questões de ordem psíquica e sociocultural à prática profissional, os pais participam mais no cuidado do seu filho, inclusive na assistência em unidades neonatais. Outros membros da família, que até então ficavam proibidos de frequentar os berçários, podem relacionar-se com o bebê durante sua longa permanência hospitalar sempre que necessário, desde que planejado de forma individualizada. À medida que a família vai sendo inserida no espaço das unidades neonatais, traz consigo as necessidades do processo de vivenciar um nascimento prematuro, os sentimentos de ter um filho com riscos de danos e morte, dificuldades para assumir o cuidado cotidiano de um filho que necessitará de atenção especial, por longo prazo, além dos aspectos relacionados a condições socioculturais.

Segundo Scochi (2003), na assistência prestada ao RN, incorporam-se intervenções dirigidas aos aspectos sensoriais e psicológicos, visando ao crescimento e desenvolvimento integral da criança e sua família. Foi estimulada a participação mais ativa dos pais no cuidado aos filhos em berçários, mesmo em UTIN, contemplando as condições socioeconômicas familiares no planejamento da alta hospitalar e o seguimento a longo prazo, conformando, assim, a doutrina ou o ideário da humanização da assistência neonatal, inserida em um movimento internacional maior – o dos Direitos Universais –, cujos princípios são voltados ao cuidado da criança nascida prematuramente e à sua família.

No que diz respeito à assistência neonatal propriamente dita, o desenvolvimento de muitas tecnologias existente afeta o diagnóstico e o tratamento, a tomada de decisões, a gerência de informação e outras tarefas relativas ao cuidado com a saúde. Além disso, nenhuma tecnologia sozinha pode acalmar os medos da mãe de um bebê em estado crítico ou emancipar a família para participar da tomada de decisões compartilhadas. As contribuições dos profissionais, nesse sentido, são muito mais valiosas do que as soluções puramente tecnocráticas que a tecnologia oferece. Nesse contexto, os profissionais que trabalham com prematuros devem continuar a valorizar e a cultivar as suas habilidades humanísticas (BUUS-FRANK, 1999).

Um fato muito importante, relatado nas pesquisas que apóiam o desenvolvimento dos bebês, afetou significativamente o tratamento dispensado aos que necessitavam de ventilação mecânica, eliminando as rotinas rígidas de manipulação, sucção e monitoramento. Este fato deu origem à noção de *cuidado individualizado*. Esta noção tem substituído as rotinas, desafiando os profissionais e, particularmente, as enfermeiras a interagirem e intervirem em resposta aos sinais da criança, mais do que a assistência rotinizada (ANDRADE, 2002).

A partir da década de 1980, ampliaram-se as dimensões do cuidado individualizado, no sentido de harmonizar o ambiente da unidade neonatal, evitando a superestimulação do prematuro pelo excesso de luminosidade, ruídos e manipulação, por gerarem nele dor, estresse e desconforto. Estratégias comportamentais de contenção, posicionamento e estimulação sensorial não dolorosa também passaram a ser utilizadas no processo de trabalho, visando ao desenvolvimento integral da criança, na perspectiva de humanização da assistência.

Cabe assinalar, ainda, o movimento chamado Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC – 1989), iniciado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e por outras organizações, que teve como objetivo equilibrar o uso da alta tecnologia (que substitui muitos processos naturais pelo uso de aparelhos e artefatos), em direção a uma assistência que englobasse também as perspectivas sociais e humanísticas na assistência pediátrica.

Com base na ideia de equilibrar a alta tecnologia com a assistência mais humanizada, Levin (1999) apresentou uma denominação mais abrangente – Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado – e sugeriu a utilização de onze passos para a melhoria, nas unidades neonatais, do cuidado clínico e psicossocial dos RN doentes, como os citados no Quadro 1:

1. Deve-se propiciar a permanência materna junto ao bebê doente 24 horas/dia.
2. Cada membro da equipe deve dar atenção às mães e ensinar as técnicas de lidar com os aspectos psicológicos.
3. A equipe deve estimular a amamentação para todas as mães e ensinar as técnicas de retirada do peito.
4. Deve-se reduzir o estresse psicológico da mãe durante o período de tratamento.
5. Não se deve dar ao RN qualquer outro alimento além do leite humano, exceto quando clinicamente indicado. Se o bebê não pode sugar, o leite materno deve ser dado por sonda e de preferência pela mãe.
6. O número de testes e exames deve ser reduzido ao mínimo possível.
7. Os contatos mãe-bebê, pele a pele e olho no olho devem ser usados tão logo quanto possível.
8. Deve-se reduzir o uso de equipamentos médicos no cuidado infantil.
9. A terapia agressiva deve ser reduzida.
10. Mãe e bebê devem ser considerados como um estreito sistema psicossomático. As visitas diárias da equipe devem ser voltadas não somente para bebê, como também para as necessidades da mãe, o que inclui um ginecologista e outros especialistas.
11. Durante a permanência hospitalar prolongada, deve-se permitir a visita tanto à mãe quanto ao bebê de familiares sadios: pai, avós e outros.

Quadro 1 - Passos para iniciativa de cuidado neonatal humanizado de acordo com Levin.

Fonte: Costa (2006).

Diferentes elementos, ideias, conceitos, projetos e práticas têm contribuído para as políticas atuais de atenção ao RN prematuro, com a intenção de assegurar a qualidade de vida, através da prática multiprofissional humanizada e instrumentalizada pelo conhecimento produzido pelas ciências da saúde, sociais e humanas, tendo como objeto de intervenção e de relação, a família inserida em comunidades concretas.

Estudo realizado na UTIN de um hospital terciário do SUS, sendo referência em assistência materno-infantil no estado do Ceará, no ano de 2006, teve como objetivo descrever a percepção dos profissionais sobre a condição de ser mãe de um filho em UTIN e analisar as estratégias de apoio e ajuda dos profissionais junto aos pais/família (TAVARES; QUEIROZ; JORGE, 2006). Esse estudo demonstrou que os profissionais dessa UTIN implementaram o Programa Mãe-Participante, o qual inclui a família no planejamento do cuidado da criança, respeitando inclusive suas opiniões. Porém, relataram que a condição para que ofereçam um cuidado eficaz e compatível com as necessidades de cada sujeito cuidado, além de apresentar sensibilidade e empatia para com os membros da família, seria também estar motivados para a realização de um trabalho difícil no cotidiano da prática, caracterizado como um desafio para a equipe dessa instituição.

O Programa Mãe-Participante foi instituído pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, através da Resolução Nº 55 - 165 de 12/10/1988 e dispõe sobre as condições mínimas de participação da mãe na assistência hospitalar à criança e também enfatiza a constituição da equipe multidisciplinar (DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1989 apud ROCHA; LIMA; SCOCHI, 1997).

Outro aspecto importante, citado nesse estudo, foi a questão do ambiente da UTIN que, durante o processo de internação do bebê, faz aflorar nos pais sentimentos e emoções contraditórios acerca da sobrevivência do filho. Muitos pais se afastam e desenvolvem reação negativa em relação ao filho, comprometendo a participação como acompanhantes. Segundo Tavares, Queiroz e Jorge (2006), a equipe precisa ter estratégias para enfrentamento dessa situação, estando atenta às necessidades e reações dos familiares, facilitando, assim, a relação equipe-família-criança. Alguns profissionais reconhecem o quanto é sofrido ter um filho internado e mostram-se sensíveis à situação dos pais. Outros somente consideram a situação de criticidade do

RN, utilizando de alta tecnologia para prestarem os cuidados, mas não reconhecem a importância da família no processo de internação. Faz-se necessário a comunicação entre equipe e família, respeitando as relações interpessoais que ali se formam no intuito de qualificar a assistência prestada na prática dos serviços de saúde sob o enfoque da política nacional de humanização.

Tamez e Silva (2005) citam que, para promover intervenções interagindo com a família nos cuidados aos recém-nascidos, se faz necessário realizar algumas ações no sentido de minimizar o impacto da hospitalização no momento da admissão dos pais na unidade neonatal. Essas medidas seriam: conversar com os pais sobre todo recurso tecnológico e especializado que será usado no cuidado do recém-nascido; explicar sobre o que está ocorrendo, o curso da doença e o plano de tratamento; a equipe deverá estar disponível para responder perguntas dos pais ou procurar as respostas necessárias, caso haja dúvida; durante as visitas tentar dirigir a atenção dos pais ao filho ao invés dos equipamentos (alarmes) ou a outros pacientes; promover horários flexíveis de visita; incentivar os pais a tocarem o recém-nascido e mostrar a forma correta de fazê-lo, sem aumentar o estresse do bebê; ensinar aos pais as diversas formas de comunicação do recém-nascido e envolvê-los nos cuidados básicos desde as primeiras visitas, por exemplo, a troca de fralda, a higiene corporal, entre outras funções.

Algumas condutas são realizadas por profissionais de saúde da UTIN para facilitar a vivência dos pais na situação de prematuridade do filho. Observaram que, dentre todos os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, o que permanecia maior tempo cuidando do RN à beira do leito era o enfermeiro, que utilizava estratégias importantes para facilitar a permanência da família na unidade, como participante ativa no processo de internação dos seus filhos. Dentre as estratégias utilizadas em alguns serviços de referência em gestação de alto risco, sugerem que a equipe de enfermagem deve demonstrar sensibilidade à comunicação verbal e não verbal, ouvir atentamente, saber o que e quando falar e utilizar uma linguagem clara e acessível, não usando termos técnico-científicos ao explicarem os cuidados realizados com o RN (TAVARES; QUEIROZ; JORGE, 2006).

Outro aspecto importante enfatizado em relação à equipe de enfermagem é a questão do horário de visita dos pais e dos familiares, devendo ocorrer diariamente, sendo acompanhada por um membro da equipe, a fim de que possam ser passadas informações importantes acerca da assistência prestada, sobre as rotinas do setor, assim como incentivar os pais a realizarem cuidados simples ao RN, como troca de fralda, amamentação e até o próprio toque que facilita o vínculo entre RN e família (TAVARES; QUEIROZ; JORGE, 2006).

O relacionamento que se estabelece entre o profissional de enfermagem e a família deve ser um encontro de subjetividades do qual emergem novas compreensões e interpretações, ocasionando sucesso na recuperação, no tratamento e na superação da crise familiar ocorrida durante a hospitalização do RN (REICHERT et al., 2007).

Segundo Reichert (2007), apesar do grande esforço que os profissionais de enfermagem fazem para humanizar o cuidado em UTIN, esta é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante, em que, muitas vezes, a própria dinâmica do trabalho não possibilita momentos de reflexão acerca do seu processo de trabalho.

Em estudo realizado em um hospital materno-infantil do Rio de Janeiro com missão de ensino e pesquisa, sendo referência em gestação de alto risco e detentor do título Hospital Amigo da Criança, observou-se que a assistência prestada pelos profissionais tem maior influência das atividades práticas do que das diretrizes da PNH.

A alta hospitalar é citada como o principal indicador da produção de cuidados em saúde, ou seja, o RN consegue sobreviver ao processo de hospitalização e recebe alta hospitalar, não apresentando deformidades ou sequelas físicas. Porém, muitos RN não conseguem sobreviver ao processo de hospitalização e acabam evoluindo a óbito, caracterizando fonte de desgaste para a equipe. Para o enfrentamento desse desgaste, o profissional de saúde cria mecanismos que sobrepõem seguir normas e rotinas impostas pela instituição com o objetivo de atender com qualidade o RN e a família (SOUZA; FERREIRA, 2010).

Os profissionais relataram que a implantação do alojamento de nutrízes também levou ao desgaste da equipe da UTIN. Essa enfermaria se localizava próximo à UTIN e recebia as mães que precisavam de incentivo para manter o aleitamento materno e, conseqüentemente, aumentar o vínculo mãe-RN e foi através desse alojamento de nutrízes, que intitulou o hospital como Amigo da Criança. Porém, a estrutura física do local não estava adequada para manter essas mães, levando ao desconforto das mesmas. As condições inadequadas também prejudicaram a implantação da posição canguru dentro da UTIN, pois não continham faixas para que as mães utilizassem, inviabilizando, assim, a realização da posição canguru, além das cadeiras utilizadas, que não possuíam encostos.

Percebemos que as dificuldades relatadas neste estudo vão ao encontro a tantas UTIN que assistem o binômio família-RN prematuro, não fugindo da realidade do contexto que os profissionais de saúde, nessa unidade, precisam inovar. A cada dia, a prestação dos cuidados exige dos mesmos um novo olhar, postura ética e aproximação da realidade colocada pelo usuário do serviço de saúde, tentando resolver os problemas e focando a PNH através do encontro de usuário, gestores e equipe de saúde. Vale ressaltar que nos estudos que divulgam a importância dos programas, projetos e ações determinadas pelo MS, o método mais explorado – ainda que com particularidades relacionadas às realidades distintas, dependendo do local em que foi utilizado – é o Método Mãe-Canguru (MMC).

Estudo realizado acerca desse método, no Hospital Universitário de Santa Catarina (UFSC), Guimarães e Monticelli (2007) avaliaram os aspectos promotores e complicadores da formação de apego precoce entre RN prematuro e os pais durante a prática do método. Foi notado que os sentimentos ambíguos que os pais apresentam (medo, angústia, culpa) e a imaturidade fisiológica do RN prematuro faziam com que os pais apresentassem dificuldades de se aproximarem de seus filhos. Os pais relatavam que era prazeroso permanecer com o filho na posição canguru. Porém, para as mães, essa posição de contato pele a pele dificultava a intensa rotina diária da ordenha do leite, necessária à sobrevivência dos seus filhos. Por outro lado, os pais relataram que foram bem acolhidos pela equipe da UTIN, sendo orientados quanto à opção de se inserirem na prática do Método Canguru. O profissional de enfermagem

foi escolhido pelos pais como fonte de apoio e informações durante o processo de hospitalização.

Outros fatores, citados pelos pais como dificultadores da formação de apego, foram seu despreparo durante o período pré-natal para receberem o bebê, a dificuldade de aceitarem e compreenderem o nascimento de um filho prematuro; o fato de se sentirem temerosos quanto à diversidade de equipamentos na UTIN; estarem sempre dependentes de alguém para ajudá-los a colocar o RN na posição do canguru e não poderem permanecer por muito tempo dentro da unidade, pois tinham outros papéis a desempenhar na sociedade, principalmente o homem.

Em estudo realizado em hospital municipal no estado de São Paulo, que avaliou a percepção das mães sobre o cuidado do bebê de baixo peso antes e após a implantação do Método Canguru (TOMA; VENÂNCIO; ANDRETTO, 2007), as mães relatavam que, antes da implantação do método, visitavam seus filhos e permaneciam na unidade executando alguns cuidados como acalantar os bebês, trocar fraldas e manter a amamentação mesmo com dificuldades na ordenha do leite materno, fazendo então, o uso de fórmulas lácteas. Após a implantação do método, as mães permaneciam na unidade, internadas, mantendo o aleitamento materno exclusivo, economizando com o custo do transporte diário entre sua residência e o hospital.

A questão da amamentação exclusiva de RN prematuros é uma das diretrizes primordiais do MMC, já que a mãe e o RN se beneficiam nesse momento aumentando o contato pele a pele, estabelecendo laços duradouros, em que a qualidade de vida desses RN depende exclusivamente da atenção da mãe, que participa em tempo integral do processo de hospitalização do filho. Permeando as vantagens e desvantagens da aplicação do método canguru, os estudos relatados vislumbram a prática do cuidado voltado para a inserção da família nos cuidados diários ao RN crítico. E a cada prática vivenciada, a proposta de humanizar a assistência requer profissionais comprometidos em adequar a assistência que prestam com a realidade imposta por cada família em suas particularidades. Assim, a reflexão que se faz da aplicação do método canguru na realidade das UTIN em algumas regiões do país, já faz a diferença para que o método cada vez mais proporcione um cuidado individualizado aliado à tecnologia e à sensibilidade.

Todo esse contexto foi relatado em estudo realizado por Costa e Monticelli (2006), na UTIN de um hospital público no estado de Santa Catarina no ano de 2005, onde os profissionais dessa unidade se propuseram a avaliar o método e, para isto, proporcionaram 12 encontros sistematicamente planejados e operacionalizados por meio de um processo educativo/reflexivo, onde foram desenvolvidas oficinas participativas sob o olhar de uma equipe multiprofissional. A importância de se relatar esse estudo parte do pressuposto que não adianta somente aplicar o método, mas também há de se criar um espaço para que a realidade da prática vivenciada pelos profissionais e pela família do RN seja avaliada em suas dimensões. Portanto, esse estudo traz como resultados o fato de que o Método Canguru favorece a entrada dos pais na UTIN, acolhendo-os e ampliando o foco do cuidado para além do RN, onde os profissionais foram estimulados a modificar certas atitudes, através da redução dos fatores estressantes ambientais e comportamentais.

Segundo Costa e Monticelli (2006), há necessidade da equipe proporcionar ações integradas para que o método não apresente descontinuidade de suas propostas, pois, existem alguns profissionais que resistem à aplicação do método por focarem a assistência somente no RN, dificultando, assim, a inserção e participação ativa dos pais nos cuidados diários ao RN. Para modificar essa realidade, os autores constataram que para o desenvolvimento da prática do Método Canguru há necessidade de educação em toda a prática assistencial através de relação dialogada para que a equipe compartilhe suas crenças, valores, conhecimentos e experiências, promove a reflexão crítica da realidade e possibilita a transformação de suas práticas diárias. A manutenção de espaços democráticos possibilita que as questões do dia a dia sejam discutidas pela equipe multiprofissional. Nesse sentido, é preciso ampliar as discussões e informações nos espaços de trabalho, para que alguns trabalhadores não permaneçam à margem das discussões.

Nos encontros da equipe multiprofissional, o grupo estudado exteriorizou algumas potencialidades e fragilidades do método, sendo que a maioria dos profissionais reconhecia e valorizava o método enquanto política de atenção neonatal. Porém, alguns profissionais, por não aceitarem inteiramente a proposta, deixavam de reconhecê-la como um projeto de cunho interdisciplinar. Outra questão colocada pelos

profissionais dessa unidade foi de que alguns deles não se sensibilizaram com a proposta do método, verbalizando dificuldades tanto em acolher a família como em possibilitar a sua participação efetiva nos cuidados ao RN. Outro problema citado foi a área física da UTIN, imprópria para acolher essa família com conforto, assim como, proporcionar local adequado de descanso para os profissionais.

Uma oficina realizada nesse estudo trouxe à tona a discussão sobre o trabalho em equipe, onde os profissionais compreenderam que a proposta de implementação do método deveria ser coletiva, considerando a complementação de disciplinas e de conhecimentos, onde teoria e prática caminham juntas na busca das soluções dos conflitos e contradições que possam existir para a efetivação do método proposto. Os profissionais indicaram a importância de desenvolverem habilidades para compreender as particularidades de cada família no processo de hospitalização através do cuidado individualizado e da educação contínua.

Percebeu-se que a educação problematizadora possibilitou aos profissionais repensarem sobre a prática rotinizada, permitindo que estes possam olhar para si mesmos enquanto profissionais comprometidos com a qualidade da assistência (COSTA; MONTICELLI, 2006).

Os estudos desenvolvidos acerca do Método Canguru trazem à tona a realidade de implementação do método enquanto política proposta pelo MS, em que cada realidade hospitalar impõe, não somente à equipe de saúde, mas também a usuários e gestores, a busca contínua de soluções para os problemas que possam surgir. Mas o MMCC já apresenta a sua efetividade para a melhoria da assistência prestada ao RN e à família em várias unidades neonatais brasileiras, pois é uma proposta baseada em evidências científicas, sendo considerada tanto uma diretriz clínica quanto um instrumento de normalização de processos de trabalho.

O método é considerado uma diretriz clínica porque enfatiza a relevância epidemiológica da condição da gravidez de risco e do RN de risco, onde propõe mudanças nos resultados de saúde, diminuindo as taxas de morbimortalidade neonatais e perinatais, além de requerer o uso intensivo de tecnologia. Ao mesmo tempo, pode ser considerado um instrumento de normalização de processos de

trabalho, através da normalização da atenção a condições agudas, em especial as emergências médicas; opera com a definição de grupo-tarefa multidisciplinar; promove análise situacional da patologia; busca evidências e experiências relevantes; formaliza os instrumentos de normalização, além de publicá-los (HENNING et al., 2010).

Como podemos observar, a literatura mostra que a atenção humanizada está voltada para o atendimento RN e família no contexto da UTIN, mas ainda nos faz repensar e analisar as práticas vivenciadas pelos profissionais de saúde, onde a cada dia novos desafios são trabalhados na busca de serviços de saúde voltados para a ampliação do cuidado, transformando gradativamente o modelo de atenção à saúde vigente em várias unidades neonatais do nosso país.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar as práticas assistenciais que envolvem o processo de humanização da assistência dentro de uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) do Hospital Universitário em Vitória - ES, especialmente no que diz respeito à participação da família.

3.2 ESPECÍFICOS

- Descrever os processos de trabalho da UTIN no contexto de uma assistência humanizada.
- Identificar os programas existentes na UTIN que envolvem a participação da família no cuidado ao recém-nascido, analisando-os à luz da Política Nacional de Humanização (PNH).
- Analisar as concepções e práticas da UTIN na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde, com ênfase na relação profissional-família.

4 METODOLOGIA

Neste capítulo, apresentamos os procedimentos metodológicos e as estratégias de coleta e análise de dados. Inicialmente, relatamos o desenho geral do estudo e também incluímos uma breve caracterização do cenário onde a pesquisa foi realizada.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Conforme Minayo (2004), a metodologia explicita o caminho percorrido pelo pesquisador na realização de seu projeto científico de construção de conhecimentos sobre a realidade.

A escolha desse caminho inicia-se desde a configuração do objeto de estudo – das inquietações originadas na trajetória pessoal e profissional do pesquisador às concepções originadas das leituras que configuraram seu referencial teórico – e continua com a seleção de técnicas e procedimentos adequados para responder aos objetivos da pesquisa proposta.

Tendo em vista o caráter dos objetivos desse estudo – análise de práticas e concepções na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde de um serviço público, em que os processos que aí se desenvolvem assumem conotações diferenciadas que passam por discursos, atitudes, valores, saberes, entre outros – foram utilizados métodos e técnicas de pesquisa qualitativa.

A pesquisa qualitativa é aquela que envolve a obtenção de dados descritivos, colhidos no contato direto do investigador com a situação estudada, a fim de retratar a perspectiva dos participantes (MINAYO, 2004).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) de um hospital público federal, o Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), situado na cidade de Vitória, no estado do Espírito Santo.

O HUCAM é o hospital escola dos cursos da área biomédica da Universidade Federal do Espírito Santo e atende a pacientes originados de cidades de todo estado, inclusive de cidades do estado de Minas Gerais e do Sul do estado da Bahia.

Esta UTIN é referência para atender bebês de alto risco, envolvendo prematuridade, más formações congênitas e outras complicações advindas do nascimento. Ela contém doze leitos de terapia intensiva e doze leitos para cuidados semi-intensivos. Os leitos de terapia intensiva são divididos em: UTIN-1 (com oito leitos) e na UTIN-2 (com quatro leitos). Na UTIN-2 permanecem internados os RN com peso de nascimento menor de 1.000g.

A área física da UTIN também é composta de copa, dois banheiros (sendo um para a enfermagem e outro para a equipe médica), um auditório, um expurgo, um quarto de descanso da enfermagem, um quarto de descanso para os médicos, uma bancada para preparo de medicação, balcão de prescrição e sala da coordenação da enfermagem. É importante ressaltar que a UTIN é composta de doze leitos e, ao lado de cada leito, existem cadeiras de plástico com encostos para as mães se sentarem durante a visita ou quando estão amamentando. Os leitos não estão separados em box, o que impede que as famílias mantenham a privacidade durante as suas permanências na unidade. O espaço entre um leito e outro é pequeno, dificultando até a permanência por tempo prolongado dos familiares. Para a família do RN usar o banheiro, precisa se deslocar para a área da maternidade.

A equipe que desenvolve atividades na unidade, diariamente ou em plantões, é constituída de dois pediatras coordenadores da equipe médica, doze pediatras plantonistas, seis residentes, uma coordenadora da equipe de enfermagem, dez

enfermeiras assistenciais, uma fonoaudióloga, dois fisioterapeutas, uma assistente social, uma psicóloga, duas estagiárias de psicologia e quarenta e nove técnicos de enfermagem.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram dez profissionais de saúde que compunham a equipe multidisciplinar da UTIN, sendo dois médicos pediatras (um coordenador e um plantonista), três enfermeiros (um enfermeiro coordenador e dois assistenciais), um técnico de enfermagem, um psicólogo, dois estagiários de psicologia e um assistente social, conforme quadro 3.

ENTREVISTADOS	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
SEXO	FEM.	FEM.	FEM.	FEM.	FEM.	FEM.	FEM.	FEM.	MASC.	MASC.
IDADE	39	29	21	36	42	24	28	34	47	56
CATEGORIA PROFISSIONAL	ENF	PSIC.	EST. PSIC.	ENF	TEC.ENF	EST. PSIC	ENF	ASST. SOCIAL	MED	MED
CARGA HORÁRIA SEMANAL	30h	30h	20h	40h	30h	20h	40h	30h	40h	40h
TURNO	Mat.	Mat.	Mat.	Mat.	Mat.	Mat.	Mat.	Mat.	Mat e vesp.	Mat e vesp.
TEMPO NA INSTITUIÇÃO	1ano	2 anos	7meses	15anos	17 anos	4meses	8anos	4 anos	12 anos	2 anos
ESPECIALIZAÇÃO	sim	não	Não	sim	não	não	sim	sim	sim	Sim

Quadro 3- Caracterização dos sujeitos da pesquisa.

Com exceção do pediatra plantonista, todos os demais eram diaristas, condição que permitiu acessar profissionais que permanecem de forma continuada na assistência. Além disso, com exceção do estagiário de psicologia, todos os profissionais participantes tinham vínculo empregatício com a Instituição há mais de dois anos,

critério utilizado para possibilitar o acesso a vivências profissionais mais estruturadas e enraizadas nas rotinas do serviço.

O número de participantes foi definido no trabalho de campo, na medida em que muitos profissionais não se dispuseram a participar por estarem envolvidos na intensa rotina e muito atarefados. Apesar disso, procurou-se garantir a participação das diferentes categorias profissionais.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Num primeiro momento, foi encaminhado o projeto ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), em consonância com as determinações éticas previstas, a resolução 196/96 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP em fevereiro de 2010, o mesmo também foi encaminhado para a Direção do Hospital a fim de obter autorização para realizar a pesquisa.

Aguardamos a aprovação e autorização para a realização da pesquisa obtendo-a em março de 2010 (ANEXO A).

Após esse trâmite, entramos em contato com a coordenadora de enfermagem da UTIN e o diretor clínico para informar sobre a investigação. Na ocasião, entregamos ofício contendo os dados principais acerca da pesquisa, particularmente seus objetivos e metodologia. A coordenadora de enfermagem comunicou a toda equipe de profissionais da UTIN que estaríamos presentes na unidade durante os turnos matutinos e vespertinos.

Iniciamos o trabalho de campo em julho de 2010. Nos primeiros dias, tentamos nos adaptar às rotinas da unidade e fomos recepcionados com simpatia pelos profissionais de saúde. Porém, alguns profissionais de enfermagem, na fase inicial da pesquisa de campo, demonstraram preocupação com a nossa presença, chegando a indagar se estávamos avaliando como eles executam as técnicas. Mas, à medida que

aumentavam o contato e a nossa participação nas atividades rotineiras, esses sentimentos desapareceram.

Utilizamos para a coleta de dados dois tipos de técnicas: a da observação participante e a técnica de entrevista. A aplicação das técnicas foi concomitante, ocorrendo nos meses de julho e agosto de 2010.

Segundo Schwartz (1995), a observação participante é um processo que mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe os dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto.

Demos prioridade a observar os profissionais que cuidavam dos RN prematuros, porque requeriam maior tempo e dedicação desses profissionais, assim como maior atenção dos mesmos frente à família desses RN.

Foram observados profissionais em diferentes turnos de trabalho, de segunda a sexta-feira, em dias alternados, totalizando três a quatro dias semanais. A duração de cada observação variou de acordo com a situação de cada período, sendo, em média, 4 horas consecutivas.

Para captar como se organiza o processo de trabalho na unidade, o foco de observação foi o ambiente de cuidado, o trabalho visto individual e coletivamente, as atividades e rotinas que eram desempenhadas pelos profissionais, tais como: evolução dos cuidados realizados por cada categoria profissional em prontuário e formulários específicos, visita médica, passagem de plantão, os cuidados individuais executados (procedimentos), interação da equipe e família com o RN (falas, ações, expressões e relações). Foram observados também alguns momentos especiais como: a entrada dos pais na unidade para visitar os filhos pela primeira vez, transferência do RN da UTIN 1 para UTIN 2 ou semi-intensivo, intercorrências dos RN, entre outras atividades. O registro descritivo das observações foi feito no diário de campo, logo após as situações observadas, e não obtivemos dificuldades em relatar as observações no

momento que os fatos ocorriam, muitas vezes o registro era feito ao lado da incubadora do bebê sem que os profissionais percebessem para não constrangí-los.

Para a realização das entrevistas, foi entregue aos profissionais o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) em duas vias de igual teor e valor, informando sobre o caráter voluntário da participação e, caso aceito, foi coletada sua assinatura. As entrevistas foram realizadas no auditório, resguardadas as condições de privacidade.

Nas entrevistas, foi utilizado um roteiro semi-estruturado contendo onze questões para caracterização do entrevistado (nome, setor, sexo, idade, estado civil, religião, categoria profissional, carga horária semanal, turno de trabalho, tempo na instituição e especialização) e quatro questões abertas, onde o informante abordou livremente os temas propostos (APÊNDICE B).

Segundo Minayo (2004), a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informações contidas nas falas dos atores sociais e suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva e, por meio desse procedimento, podemos obter dados objetivos ou subjetivos.

As entrevistas foram gravadas e, após as gravações, as falas dos entrevistados foram transcritas na íntegra, sendo resguardados os seus anonimatos. As gravações ficarão sob guarda da pesquisadora, sendo destruídas seis meses após a defesa da dissertação. Para a identificação dos entrevistados, as falas foram codificadas com letras alfa-numéricas e seqüencialmente (E1, E2, E3....).

O fato do pesquisador ter composto a equipe de profissionais durante alguns anos, tendo saído há cinco anos, parece ter inibido alguns dos profissionais entrevistados, pois não se sentiam à vontade, demonstrando insegurança durante algumas respostas. Durante a técnica de observação participante, ficávamos por horas observando os profissionais executando os cuidados rotineiros e como os mesmos se portavam durante a presença dos familiares na UTIN. Nesses momentos, algumas vezes as enfermeiras até nos solicitavam ajuda durante a realização de alguns procedimentos, o que não ocasionaram mudanças nas rotinas da unidade.

Em relação às famílias na unidade, os mesmos se sentiam à vontade mediante a nossa presença junto aos seus filhos, o que ficou caracterizado por diálogos entre nós, os profissionais de saúde da UTIN e familiares.

4.5 A ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise e interpretação dos dados coletados, como utilizamos duas técnicas e obtivemos um volume grande de informações, analisamos os dados conforme Bardin (1997), sendo tratados pela técnica de análise de conteúdo, seguindo-se as distintas fases preconizadas: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados; a inferência e a interpretação, as quais não correspondem, necessariamente, a uma sequência lógica. Além da técnica empregada no tratamento dos dados, estes foram cotejados com o que determina a Política Nacional de Humanização.

Inicialmente digitamos as observações registradas no diário de campo em transcrição itálica e nas entrevistas em ordem sequencial de tempo. Após, realizamos leitura exaustiva desse material aproximando os dados colhidos com o referencial teórico adotado. Dessa ordem, surgiram vários agrupamentos: o processo de trabalho na UTIN no contexto de uma assistência humanizada; concepções de assistência humanizada de acordo com os profissionais de saúde; fatores que dificultam a humanização da assistência segundo os profissionais de saúde e ações e programas da UTIN que envolvem a participação da família no contexto da PNH.

Na análise final da pesquisa, fizemos articulação do material de campo e referencial teórico encontrado em estudos e pesquisas com temas aproximados aos nossos resultados com o objetivo de ampliar os nossos conhecimentos e possibilitar a elaboração de novas pesquisas

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 O PROCESSO DE TRABALHO NA UTIN NO CONTEXTO DE UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA

Um primeiro aspecto que chamou a atenção foi a divisão de trabalho entre os profissionais voltados para a dimensão técnica do cuidado e aqueles preocupados com a dimensão psicossocial.

Os dados sobre o processo de trabalho da UTIN mostraram que a maioria dos médicos e enfermeiros pesquisados, na expectativa da prestação dos cuidados, focavam a assistência prestada para a resolutividade das intercorrências advindas do recém-nascido grave, ou seja, que a dimensão técnica do cuidado é a preocupação mais relevante. Esta conduta ficou caracterizada quando os profissionais de saúde se mostraram preocupados com o preparo do ambiente da UTIN para receberem o recém-nascido prematuro e grave. Para isso, os profissionais relataram o uso de artefatos técnicos, tais como, disponibilidade dos aparelhos para verificação dos sinais vitais do RN e para a execução da técnica de aspiração do tubo endotraqueal, entre outros cuidados.

E3 - Conversa com a mãe pra saber se tem alguma patologia antes do bebê nascer, se o bebê for prematuro pensa em colocar no respirador, preparar o ambiente para colocar o bebê antes de nascer, dentro da UTI e colher exames [...]

E4 - Pega o plantão anterior para saber quais são as crianças da UTIN que estão graves, que tiveram intercorrência, ver se tem alguma gestante em trabalho de parto, conversar com a obstetrícia para saber se tem alguma gestante pra avaliação, atuar em intercorrência dos RNS UTI/SI [...].

E9 - [...] Eu vou olhar se tem nascimentos novos porque eu faço o teste do pezinho. Eu preciso encontrar as mães antes da coleta ou alguém da família para fazer o cadastro prévio [...]

E7 - Pega o plantão de um modo geral. A gente começa inicialmente com os sinais vitais, higiene corporal, ausculta pulmonar na criança intubada para ver a necessidade de aspiração endotraqueal, troca de curativo de hidrocolóide nasal se for uma criança que tiver em CPAP nasal, faz todos os dias desinfecção parcial na incubadora e na UCI, nos aparelhos como bomba de infusão oxímetro, respirador [...].

Percebeu-se que as ações são realizadas isoladamente, por um a um dos profissionais, não havendo cooperação entre os diferentes profissionais. Nesse momento os profissionais não se articulam para a prestação dos cuidados prestados, ocorrendo uma fragmentação das ações de saúde desempenhadas pelos agentes de saúde, o que dificulta a conexão entre saberes e ações conjuntas para a resolutividade do processo de atenção à saúde.

Conforme Gaiva e Scochi (2004), apesar de as discussões acerca do trabalho em equipe serem tão comuns nos ambientes de trabalhos hospitalares, muitos profissionais têm dificuldade de exercê-lo na prática, já que realizam ações parceladas e desarticuladas.

Por outro lado, a dimensão do cuidado não somente centrado no corpo anato-fisiológico do RN gravemente enfermo surge somente no discurso daqueles profissionais – psicólogo e assistente social – em que essa preocupação é considerada específica de sua profissão. Na perspectiva do atendimento com o cuidado integral ao RN, compreendem que o mesmo apresenta, para além da doença, aspectos biopsicossociais, ou seja, que ele traz consigo uma história de vida e uma família que faz parte da sua existência.

E1- [...] a gente realiza a coordenação das visitas e o atendimento individual e familiar, dá esse suporte, grupo de estudos, entrevistas, aqui multidisciplinares, mas quando uma família chega, a gente vai apresentar a criança, a gente quer saber da história, o que está por trás da história dessa criança, né [...]

E6- [...] coloco qual é a minha finalidade, que nada mais é do que conhecer essa família e ver dentro da realidade dela onde eu posso me inserir e de que forma eu posso contribuir e se há alguma demanda pra gente atender em termo de direitos e de benefícios pra essa família [...].

E10- [...] ouvir um pouco que lugar esse bebê ocupa na família, no desejo dos pais, nos desejos da mãe que tá ali [...].

São esses profissionais que se esforçam para produzir na equipe os sentidos de multidisciplinaridade e de subjetividade no cuidado.

O cuidado à criança em suas interações hospitalares, incluindo a família, apresenta-se como algo relativamente novo para profissionais da saúde e ainda há muito a ser pensado e repensado. Percebe-se que o cuidado integral e humanizado demanda uma

atitude mais aberta e flexível dos profissionais, pois é um cuidado afetuoso, eficiente e eficaz ao mesmo tempo. Possibilita estar junto, aprendendo a dividir tarefas, a vencer as próprias resistências pessoais, a refazer e dividir espaços, despindo-se de preconceitos, aceitando as famílias e suas escolhas, possibilitando que se tornem sujeitos de sua própria história (GOMES; ERDMANN, 2005).

A assistente social faz a visita aos RN internados e seus familiares diariamente, conversando com as mães, direcionando as famílias na aquisição dos seus direitos, resolvendo problemas acerca da alimentação e vale transporte, de mães dependentes químicas ou com alguma particularidade com a justiça. *Na etapa de observação participante, esse profissional demonstrou ter autonomia nas suas condutas, tendo retorno em relação aos outros profissionais que a solicitam sempre que necessário, além de conhecer melhor a história do RN e da sua família, do que outros profissionais, pois a mesma faz uma avaliação social prévia no atendimento individual de cada família ali presente.*

E6 - [...] coloco qual é a minha finalidade, que nada mais é do que conhecer essa família e ver dentro da realidade dela onde eu posso me inserir e de que forma eu posso contribuir e se há alguma demanda que a gente pode atender em termo de direitos e de benefícios pra essa família. Nesse contato eu também coloco pra elas normas e rotinas da UTIN, horário de visita, horário de permanência, o que bebê via precisar, o que é uma UTIN, porque ele tá aqui, geralmente eu pergunto à mãe: por que o seu bebê tá lá? O nosso serviço aqui tem uma particularidade que são mães e famílias que ficam muito tempo, NE. Não é como uma maternidade que daqui a 8h vem uma outra, então são famílias que você todo dia tá encontrando, então vamos dizer assim no primeiro momento é essa abordagem, eu volto no dia seguinte e possivelmente são as mesmas mães, uma ou outra diferente. Então, assim, essas mesmas mães a gente tá acompanhando e até observando como é que ela tá em relação ao vínculo, se ela tem vindo, a questão da observação se ela tem ou não necessidades básicas pra um bebê, né. Então, a gente fica olhando pelo berçinho, se tá vazio, muito possivelmente ela não tem o vínculo forte capaz de entender do que essa criança precisa. Então, alguns outros dias é observação, acompanhamento e até dá encaminhamento a algumas pendências, nós temos mães muito carentes, envolvidas com drogas, com tráfico, envolvidas já com o conselho tutelar. Então, a gente vai dando seguimento a essas demandas. Assim, tem as novatas que todo dia surgem, mas geralmente são mães que você vai acompanhando há algum tempo e você vai dando encaminhamento a demandas que vão surgindo e aí, nesse meio tempo, também vão surgindo as mães que estão próximas da alta, então vou começar a trabalhar essa mãe pra alta, se são mães que estão envolvidas com o tráfico, com o conselho tutelar, com o juizado. A gente já faz esse contato pra que eles nos dê o respaldo. “Olha podemos liberar”, não podemos, você vem buscar, qual é a condição? Se são mães que precisam tomar o leite que é considerado como medicação específica, especial, de alto custo, então tá providenciando junto com essa mãe toda papelada com a médica, pra ela adquirir esse direito junto à secretaria de saúde, tentar providenciar uma ou duas latas pra a necessidade dos primeiros dias, fazer o contato com a família, chamar o município quando é

do interior pra vir buscar. Assim, ou eu tô conhecendo ou eu tô em andamento ou eu tô preparando essa mãe pra ir pra casa.

A equipe de psicologia que trabalha na unidade é composta de uma psicóloga e duas estagiárias, realizando atendimento psicológico aos familiares dos RN internados, durante os turnos matutino e vespertino. Realiza entrevista individual com cada família, escuta os problemas que as mesmas apresentam, viabiliza a entrada dos pais e visitas aos RN na unidade. Na visita, quando a família entra na unidade para visitar o RN internado pela primeira vez, esta é acompanhada pela psicologia desde a porta de entrada na UTIN e o momento em que se aproximam pela primeira vez do leito do RN. Neste momento a psicologia dá suporte aos pais para conseguirem compreender o que está acontecendo com o seu filho, esclarecendo dúvidas quanto a algumas normas e rotinas de horário da visita, indicando quem é o médico responsável pelo RN, entre outras informações que os pais solicitam. A psicologia não participa da visita médica diária, mas colhe e troca informações com os outros profissionais, além de observar a família sempre que estão presentes na unidade.

E10 - Conhece a história do bebê, conversa com a mãe pra contextualizar essa mãe com esse bebê, se a mãe sabe porque o bebê tá ali, o que ela tá sentindo com o bebê ali na UTIN e ouvir um pouco que lugar esse bebê ocupa na família, no desejo dos pais, nos desejos da mãe. A gente vê muita diferença, umas que desejam muito, outras que não desejam. A gente tenta fazer essa elaboração com ela, aí a gente volta às vezes pra maternidade, quando a mãe tá grávida, a gente sabe que o bebê é de risco, já atende também porque é muito mal acompanhado, quanto antes, melhor.

Aqui na UTIN, a gente vê cada vez mais a importância da equipe da psicologia e eu tenho abertura pra chegar na equipe médica e perguntar sobre o quadro clínico do bebê. Eles me explicam, como também a equipe de enfermagem me explica sobre os procedimentos, as siglas que eu não entendo, elas explicam. Eles chegam até mim e perguntam o que está acontecendo com tal mãe, se ela não quer amamentar ou se ela tá muito ansiosa pela alta. Então, tem essa troca assim.

Outra divisão de trabalho que ocorre na UTIN é entre as equipes de médicos e enfermeiros. *Pode ser observado que a comunicação entre a equipe médica e a equipe de enfermagem acontecia de forma a somente cumprir normas e rotinas na instituição, não havendo entre as equipes trocas de informações acerca do cuidado dispensado ao RN prematuro admitido na UTIN.*

Para a evolução do estado clínico do RN prematuro, existe um prontuário multidisciplinar com folha única para prescrição e evolução, mas somente o médico e alguns outros profissionais (assistente social, fisioterapeuta e psicólogo) o utilizam. A equipe de enfermagem tem prontuário separado para evolução, prescrição de cuidados diários e folha de balanço hídrico.

Durante a visita médica, a equipe de enfermagem está presente, mas não participa da avaliação clínica, o que dificulta uma assistência integral, tornando o trabalho mecanizado e desumano. *Pode ser observado, portanto, que a assistência prestada se fragmenta quando não há troca de saberes entre os profissionais que realizam o cuidado.*

Durante o período de observação, viu-se que a passagem de plantão era um procedimento de trabalho utilizado tanto pela equipe de enfermagem como pela equipe médica. Na equipe de enfermagem, durante a passagem de plantão, os enfermeiros assistenciais relataram o quadro clínico dos RN mais graves, as intercorrências durante o plantão e a continuidade dos cuidados que deveriam ser realizados posteriormente. Observou-se uma preocupação tanto por parte dos enfermeiros quanto dos auxiliares em transmitir informações sobre os cuidados a serem executados e em cobrar o cumprimento das tarefas prescritas.

Na passagem do plantão da equipe médica, houve relato dos RN mais graves, solicitações de vagas para internação, solicitação de exames diagnósticos, sendo peculiares ao médico esses tipos de tarefas.

Segundo Gaiva e Scochi (2004), a passagem de plantão é uma atividade útil para garantir a continuidade do processo de trabalho. Além disso, a passagem de plantão é um processo de comunicação entre os profissionais e propicia a difusão do trabalho que foi produzido. É um meio para veicular um saber operante e algumas informações acerca da família também podem ser dadas nesse momento, como, por exemplo, se a mãe está presente ou ausente e se está preparada para alta (GAÍVA; SCOCHI, 2004).

Um terceiro aspecto da divisão de trabalho na UTIN coloca o médico separado dos demais profissionais. É importante ressaltar que o médico é responsável por todas as

condutas relacionadas ao tratamento clínico realizado no RN grave e que qualquer exame – ultrassonografia, tomografia, raio-x entre outros – é solicitado somente por ele. Portanto, o médico participa da equipe da UTIN com autonomia nas decisões e controla o processo de trabalho como um todo, prescrevendo o tratamento ou conduta a serem realizadas por outros profissionais. Estudo realizado por Gaiva (2002) confirma que, na divisão técnica do trabalho na UTIN, é o pediatra que detém maior poder por decidir o diagnóstico e a terapêutica, e os demais profissionais executam atividades complementares ao ato médico.

O campo da Neonatologia configura a construção de práticas técnicas cuidadoras, socialmente determinadas, dentro do qual o modo do profissional médico agir foi tornando-se hegemônico. Como relata Merrhy, o modelo médico hegemônico:

[...] expressa um grupo de interesses sociais que desempenham certo modo tecnológico de operar a produção do ato em saúde, que empobrece certa dimensão deste em prol de outro [...] (MERRHY, 2002).

Uma última divisão de trabalho observada foi na equipe de enfermagem. De um lado, os técnicos e auxiliares e, de outro, os enfermeiros de nível superior.

A equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem executa os cuidados aos RN internados mediante o que consta na prescrição de enfermagem. Durante a realização de determinados procedimentos mais especializados (aspiração tubo orotraqueal, coleta de exames, entre outros) realizados pelo técnico ou auxiliar de enfermagem, há ajuda dos enfermeiros. Todas as tarefas realizadas pelo nível médio de enfermagem seguem a prescrição diária feita pelos enfermeiros, o que direciona a assistência de enfermagem prestada principalmente para os RN clinicamente graves e que requerem avaliação e manuseio rigorosos.

A equipe de enfermagem é composta de enfermeiro coordenador e assistencial. Cabe ao enfermeiro coordenador administrar o setor, transmitir e zelar pelo cumprimento das normas e rotinas hospitalares, formular a escala dos enfermeiros e profissionais do nível médio de enfermagem, dar férias e folgas, solicitar compras de materiais e equipamentos, organizar treinamentos, além de supervisionar todos os profissionais que compõem a equipe de enfermeiros.

O enfermeiro assistencial assume de forma integral os cuidados do paciente mais grave, cumprindo a prescrição médica e realizando a prescrição de enfermagem para cada RN internado na UTIN diariamente, sendo que esta pode ser alterada ou complementada segundo a necessidade do RN pelos enfermeiros da escala vespertina e noturna. No geral, as prescrições centram-se nos cuidados com o corpo biológico, não incluindo intervenções à família do RN.

Em consonância com as práticas exercidas pelo profissional de enfermagem, o estudo de Rolim e Cardoso (2006) afirmou que a enfermagem deverá incrementar a prática visando reter conhecimentos técnicos e científicos, além de discernir o que fazer e como fazer, saber ouvir e dialogar. Para isso, os profissionais de enfermagem precisam ser motivados e sensibilizados para o cuidado amoroso para com o bebê.

Como se pode observar na UTIN, as diferentes profissões compartilham o objeto de trabalho, tendo como finalidade a ação terapêutica de saúde, mas ocorre o parcelamento das ações, com base na divisão social e técnica. Entretanto, observou-se também que para os profissionais executarem as tarefas dentro da unidade eles necessitam de parcerias, em que cada qual desempenha sua função, sendo auxiliado por outro.

Ao serem indagados sobre a dependência do seu trabalho em relação aos outros profissionais, a maioria, inclusive aqueles que o realizam isoladamente, expressaram enfaticamente depender de outros profissionais.

E1- a criança nasce e não é aquilo que a mãe e a família esperavam, então como é que ela vai lidar com isso, né. A gente trabalha nesse suporte e com toda a equipe porque a gente precisa saber do lado físico da criança, como é que tá? A gente conversa com as enfermeiras, com os médicos e é um trabalho conjunto bem interessante.

E3- Depende de todo mundo, preciso de todo mundo, preciso do técnico, preciso do enfermeiro, não dá pra trabalhar sozinho não. Tem também o preceptor aqui, eu não sou mais residente, mas quando a rotina define alguma coisa, a gente costuma seguir, raramente a gente volta atrás ou não faz, só quando não é possível e... É basicamente isso.

E4- Eu dependo de todo mundo da UTI, eu dependo da enfermeira porque a enfermeira me informa se tem vagas, se temos aparelhos, se temos problemas, eu dependo das técnicas porque qualquer procedimento que eu faço, qualquer medicação que eu vá prescrever, eu tenho que ter a técnica de

enfermagem que me dá esse auxílio. Eu dependo da obstetrícia, do médico da obstetrícia e das técnicas e das enfermeiras do centro obstétrico. Geralmente, são elas que me informam e dão até mais detalhes das pacientes gestantes lá no centro obstétrico. Então, dependo dos residentes porque eu sozinha não dou conta desse trabalho todo.

E8- Na verdade, eu acho que pra fazer um bom trabalho, tem que trabalhar em equipe, todo mundo precisa de todo mundo. A equipe médica precisa do enfermeiro, o enfermeiro precisa do médico, na verdade, é uma parceria. Tem algumas coisas que eu realizo sozinha, tem algumas coisas que eu preciso de auxílio do técnico, tem algumas coisas que eu preciso de uma pré-avaliação médica.

O trabalho em equipe multiprofissional não é somente um agrupamento de profissionais de áreas distintas, atuando coletivamente. Há que se ter articulação entre os profissionais com troca entre saberes e intervenções (GAIVA; SCOCHI, 2004). Ao que pareceu, para a maioria dos profissionais pesquisados, o que ocorre não é uma articulação de saberes sobre o objeto de cuidados, mas somente uma complementaridade dos saberes exercidos isoladamente por cada profissional.

Apesar de o médico ser o elemento central no processo de trabalho na UTIN, cada profissional que compõe a equipe multidisciplinar mantém certa autonomia para avaliar as necessidades dos RN, mantendo certo controle do seu processo de trabalho, seja individualmente ou dividindo as atividades entre os membros da equipe. A realidade da UTIN em estudo nos revela uma equipe formada por vários profissionais, que propõem atendimento individualizado em alguns aspectos, principalmente quando envolve o binômio RN - família, já que as ações vivenciadas são elaboradas e executadas por um único profissional de cada vez, não havendo muita cooperação na resolução das normas e rotinas de cuidados no atendimento ao cliente em questão.

Foi relatado que toda sexta-feira ocorre a reunião multidisciplinar e várias categorias profissionais participam ativamente do processo de trabalho, sendo avaliados individualmente os casos clínicos dos RN internados. Há participação de diversos profissionais – médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo e fisioterapeuta – e os mesmos colocam em pauta os problemas mais relevantes e discutem cada caso, fazendo, então, encaminhamentos necessários para a tentativa da solução dos problemas. É importante ressaltar que a reunião, apesar de já fazer parte do processo de trabalho da equipe multidisciplinar, em

algumas semanas não é realizada, devido à alta rotatividade de atividades que ocorrem diariamente na UTIN. Para Santos Filho, Barros e Gomes (2009), onde os trabalhadores se reúnem para trocar experiências vividas, suas dores e impossibilidades, há a possibilidade de não neutralizar os movimentos que emergem no cotidiano da prática, podendo ser trabalhadas questões subjetivas: ouvir, acolher, pensar, refletir.

5.2 AÇÕES E PROGRAMAS DA UTIN QUE ENVOLVEM A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

E6- [...] Tem o cuca fresca, que é um projeto de artesanato, que voluntárias fazem aqui na maternidade toda segunda-feira e já existe há mais de 10 anos. Elas trazem o material, ensinam as técnicas e a produção é toda das mães. É um espaço de socialização, porque aí elas percebem 'não sou só eu que estou aqui, tem mais Maria, Joana, Francisca, né'. Então, é isso. [...] A gente também já fez uma semana da mulher o ano passado, com salão, oficina de nutrição para aproveitamento de alimentos, para as mães aqui na UTIN. Então é assim, tentar estimular para que elas fiquem por perto e mostrar que aqui não é só dor.

[...] Então eu acho assim, que é o ambiente também. Esses dias a enfermeira fez a identificação dos bebês no leito com figuras, eu achei fantástica a ideia dela, você vê a intenção das pessoas. Se ela não fizesse isso, o serviço andaria da mesma forma, mas eu acho que isso acalenta a mãe, dá uma nova caracterização porque muitas mães saem daqui chorando. Eu acho que você demonstrando que tá cuidando dessa criança é uma forma de você estar humanizando. 'Mãe nós estamos cuidando do seu filho'. Talvez ela cuidaria melhor, mas, nesse momento, ele precisa dessa assistência aqui [...].

No auditório da UTIN, há um momento de integração das mães onde estas se encontram semanalmente e, nesse encontro, são orientadas por mulheres voluntárias inscritas na SAHUCAM que ensina trabalhos manuais. Os trabalhos resultam em objetos que podem ser utilizados para identificação dos leitos da UTIN com os nomes dos RN nas incubadoras, potes para armazenar utensílios de uso individual de cada bebê (algodão, gaze, cotonetes) e bordados manuais. O projeto chama-se Cuca Fresca e surgiu através do atendimento individual das mães da UTIN por uma assistente social, que se sensibilizou com o tempo que essas mães permaneciam no ambiente hospitalar e às vezes apresentavam-se estressadas e ansiosas.

Esse espaço permite a troca de experiências do filho internado pelas mães, além de permitir que as mesmas tenham momentos de distração e interação entre elas, constituindo um espaço de socialização.

Um estudo realizado por Tavares, Queiros e Jorge (2006) mostra que, quando os profissionais estão sensíveis à situação da mãe, eles facilitam a troca de informações e expressam sentimentos, podendo assim, colaborar no tratamento da criança.

Porém, as principais ações citadas pelos entrevistados para efetivar a participação dos pais nos cuidados se relacionam à implantação do Método Canguru que permite a participação efetiva da mãe para o tratamento do RN. É nesse sentido que é valorizado o vínculo que se estabelece, quando no Método Canguru há o incentivo do aleitamento materno em livre demanda, a participação efetiva dos pais nos cuidados, entre outros benefícios.

O protocolo do Método Canguru enfatiza a importância dos nutrientes que compõem o leite materno, como os componentes bioativos que ajudam no desenvolvimento do RN prematuro. Fisiologicamente, o leite produzido por mãe de RN prematuro difere em sua composição do leite da mãe do RN a termo por até seis semanas, além de o aleitamento materno e o Método Canguru permitirem o contato pele a pele precoce (BRASIL, 2009).

E1- as atividades desenvolvidas no caso são a recepção do paciente, da família do paciente, é a inserção deles nos processos, o que eles podem fazer e não podem, a importância deles estarem aqui e o programa que a gente usa é o método mãe canguru [...].

E5 [...] Eu vejo que para considerar uma assistência humanizada, com o envolvimento da família, a atividade melhor é o método canguru. Ele permite o contato direto com a mãe e a gente consegue favorecer o binômio [...].

E6 [...] O canguru é uma grande vitória, uma grande experiência nesse sentido. Trazer a mãe aqui pra dentro de forma que ela possa estar com esse bebê, que ela possa amamentar e a gente possa dar outro tipo de tratamento, que é engajá-la também nesse tratamento [...].

E9- O incentivo ao maior vínculo da mãe com o bebê, da mãe estar o tempo todo aqui com a criança, o incentivo à amamentação. Às vezes, a mãe nem quer e a equipe insiste e acaba sendo benefício para o bebê [...].

Como exposto anteriormente, este método se caracteriza pela mudança na forma do cuidado neonatal baseada em quatro fundamentos básicos: acolhimento do bebê e sua família; respeito às singularidades (cuidado individualizado), promoção do contato pele a pele o mais precoce possível e envolvimento das mães no cuidado com o bebê (CARVALHO, 2005).

É importante ressaltar que para que o Método Canguru se torne uma política de implantação das diretrizes das práticas humanizadas dentro de uma UTIN, há a necessidade de ser contemplada em três etapas do processo. Como vimos, a primeira etapa está focada nos aspectos psico-afetivos que cercam o nascimento de um RN prematuro ou gravemente enfermo, envolvendo o atendimento de uma equipe multiprofissional através de intervenção interdisciplinar. Neste momento, aos cuidados técnicos relativos ao atendimento do RN, acrescenta-se o cuidado com a mãe e com a família, no sentido de orientar quanto às condições de saúde do RN. O estímulo do livre acesso dos pais à UTI favorece o contato tátil com o RN, assim como a coparticipação da mãe nos cuidados com o bebê, promovendo um processo contínuo na formação da ligação afetiva entre bebês e seus pais (LAMY et al, 2005).

Um dos entrevistados acredita que o Método Canguru aproxima não só a mãe e os familiares do RN grave, mas também insere no contexto da assistência a presença paterna, o que modifica o quadro de acompanhante, que é comumente observado com a presença materna, permanecendo maior tempo possível junto ao RN. Por outro aspecto, uma entrevistada caracteriza que o método é o contato pele a pele com o pai ou com a mãe por baixo da roupa.

E3- Ah, eu acho que é o canguru. O canguru até o pai participa, coloca o neném em contato pele a pele por baixo da roupa pra poder ter o contato direto com o neném, com a mãe ou até com o pai. Isso eu acho essencial, importantíssimo, o neném gosta, os familiares se sentem extremamente úteis. Às vezes, eles não podem levar pra casa, então, isso aí eles sentem como se estivesse pegando no colo, até, às vezes, um menino quando está intubado e estável, isso aí eu acho muito legal. Isso foi essencial na recuperação dos meninos. Isso aí é o que eu tô lembrando, dever ter mais coisas.

O método é muito mais que o contato do RN em posição prona junto ao corpo da mãe ou do pai. Ele é uma estratégia que amplia a atenção dos cuidados quando permite o contato precoce entre o RN e a família, além de incentivar a amamentação. A norma

brasileira deixa bem estabelecida a diferença entre o método canguru e a posição canguru. Segundo o MS (BRASIL, 2002), a posição canguru consiste simplesmente na colocação do RN junto ao corpo do acompanhante (pai ou mãe) na posição vertical, enquanto que o método canguru é um tipo de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo uma maior participação dos pais no cuidado com o RN e o envolvimento da família.

Segundo as normas técnicas e protocolos do método canguru (BRASIL, 2002), a segunda etapa do método acontece após a estabilidade clínica do bebê e se caracteriza pelo acompanhamento contínuo da mãe na enfermaria canguru, tendo como enfoque a efetiva participação da mãe nos cuidados do bebê e no seu desenvolvimento psicoafetivo, base das interações entre o RN e seus pais. Já a terceira etapa do método, objetiva a continuidade da assistência através do acompanhamento ambulatorial, individualizado, buscando observar o desenvolvimento global do bebê, através do programa de acompanhamento (*follow up*).

Alguns entrevistados enfatizam que a segunda etapa do método canguru até existiu em algum momento na UTIN, onde, o RN de baixo peso já encontrava-se hemodinamicamente estável sendo, então, transferido com a sua mãe para a enfermaria canguru.

E2- [...] e o programa que a gente usa é o método mãe-canguru e, não todas as etapas, né. A gente até conseguiu ir na 2ª etapa, mas a gente ainda só trabalha nessa filosofia do método mãe-canguru de tá humanizando, acolhendo a família aqui e formando esse vínculo mãe-bebê, mesmo que não seja do modo integral, já ajuda na formação desse vínculo.

Ele prevê é mesmo mais o vínculo desde quando o bebê tá grave até a sua alta, o contato pele a pele.

E7- A enfermaria canguru tem a área física totalmente montada, que é um dos passos do método canguru pra que você tenha a sequência da UTIN para o semi-intensivo da enfermaria até a alta, pra que ele possa ser uma sequência. Hoje em dia, na verdade, o método canguru se perdeu muito. Na época que a enfermeira Fabiana tava aqui, ela deu uma engrenada porque ela inverteu muito isso, ela deu treinamento, ela cobrava da equipe. Agora, há um canguru muito disfarçado em relação ao envolvimento das mães, né. Os cuidados são muito diferenciados, mas só o fato de ter fechado a enfermaria e a mãe não poder ficar com a criança lá fora, não poder participar da assistência com o bebê até a alta e ela sair daqui apta para fazer esse tipo de procedimento em casa, não ter enfermagem pra cobrir o setor lá fora. Isso tudo já deu uma cortada no que havia já sido uma conquista.

Nessa enfermaria, as ações dos profissionais se voltavam para o incentivo ao aleitamento materno com o fim de o RN ganhar peso mais rápido, assim como orientavam as mães dos RN a executarem alguns cuidados, como: higiene corporal, banho de imersão e a posição canguru, fortalecendo cada vez mais o vínculo mãe/RN prematuro e possibilitando a participação ativa da família no processo de hospitalização do filho, criando, dessa forma, autonomia e segurança para os laços familiares. Entretanto, a enfermaria canguru foi desativada e a segunda etapa do método se desfez.

O Método Canguru, conforme apresentado em suas diretrizes operacionais, tem perspectiva interdisciplinar, revelando um momento de amadurecimento da assistência neonatal quando se compreende que o tratamento do RN envolve muito mais do que apenas a utilização de procedimentos e técnicas.

Outro profissional aponta a importância do trabalho da enfermagem para a inserção da família na UTIN, porém, deixa claro que o cuidado dispensado pela equipe de enfermagem não consegue substituir o zelo, o carinho e a atenção dispensada pelos pais para a recuperação do RN.

E8- Eu, como enfermeira, vejo os pais na unidade como mais um benefício para a recuperação do RN, pois a enfermagem dá aquele cuidado, mas a enfermagem não tem condições de dar aquele carinho diferenciado que é feito pela mãe e pelo pai. Às vezes, fica no colo na hora do aleitamento, que é um vínculo muito maior. Então, eu acho importante.

Algumas condutas são realizadas por profissionais de saúde da UTIN para facilitar a vivência dos pais na situação de prematuridade do filho. Em estudo realizado por Tavares, Queiroz e Jorge (2006), estes observaram que, dentre todos os profissionais que compunham a equipe multidisciplinar, o que permanecia maior tempo cuidando do RN à beira do leito era o enfermeiro, e este utilizava estratégias importantes para facilitar a permanência da família na unidade, fazendo com que ela fosse participante ativa no processo de internação do bebê.

As estratégias utilizadas em alguns serviços de referência em gestação de alto risco sugerem que a equipe de enfermagem deve demonstrar sensibilidade à comunicação

verbal e não verbal, ouvir atentamente, saber o que e quando falar e utilizar uma linguagem clara e acessível, não utilizando termos técnico-científicos ao explicarem os cuidados realizados com o RN.

Alguns profissionais citam ações que acolhem a família no contexto da UTIN, como a importância do atendimento realizado pela equipe multidisciplinar à família, visando a assistência integral através de ações que vislumbrem conhecer melhor cada família nas suas particularidades e singularidades com a construção de espaços para a elaboração e expressão das subjetividades.

E1- esse diálogo entre toda a equipe; que os pais possam chegar e tirar suas dúvidas, né, que eles possam ter uma relação de contar mesmo o que tá sentindo e aí a gente faz isso por meio dos atendimentos individuais dos familiares, né, tem que amarrar isso aí.

Quando a criança nasce, a gente tenta dar muita atenção pra amamentação, para a mãe poder ficar o dia inteiro, o pai também, a gente tenta trazer o pai, né. Esse é um trabalho muito legal por parte das enfermeiras, das técnicas. Elas colocam a mãe pra dar o leite na sonda. Então, conversam e falam às vezes de um bebê que tem alguma dificuldade, alguma má formação, e mostram. Outros que a gente já sabe mesmo que não vai sobreviver muito tempo, mas dá uma significação do tempo que ele tá aqui, do tempo que ficou na barriga, isso também é trabalhado aqui.

E10- quando ele está internado, ele é prematuro, mas ele já existe nessa família. Eu acho muito importante a família vir aqui conversar com esse bebê, dar o suporte aos pais e às mães que estão aqui, saber que a família toda está envolvida nesse cuidado com esse bebê. Às vezes, esse prematuro vem como uma icógnita, não sabem do futuro, quando esse bebê vai receber alta. Mas ele precisa da família, do contato com essa família. Acho que enfatizar a visita familiar, atender esses pais, ouvir um pouco, receber essa família, conversar. A equipe tem que saber como esse bebê está inserido nessa família e abrir um pouco o espaço pra essa família estar inserida.

E2- as atividades desenvolvidas no caso são a recepção do paciente, da família do paciente, é a inserção deles nos processos, o que eles podem fazer [...].

[...] é da mãe na questão do aleitamento, de tá fazendo os cuidados com o bebê ou então só vindo visitar mesmo, tocar o bebê, conversar com ele, né. E tem também a visita ampliada, que uma pessoa uma vez por dia, pode tá vindo. Os outros familiares estão sendo inseridos. Essa criança é inserida na família.

E7- [...] eu acho que, primeiro, é importante que a família conheça quem está cuidando do seu filho. Então, o que eu faço? Primeira coisa, cheguei no plantão e peguei uma criança que eu não conheço, eu me apresento, falo quem eu sou, meu nome, que daqui por diante eu vou cuidar do bebê até a alta e tudo que ele precisar, a família, a mãe, o pai, o que precisar, pode me perguntar, se eu não souber responder eu vou procurar alguém pra poder esclarecer. Então, desde o primeiro momento, eu procuro estabelecer um vínculo, um vínculo de segurança porque eles aqui são muito questionadores,

independente da classe social, são pessoas assim que, pelo fato de estarem aqui vivendo um momento difícil, eles querem saber tudo, eles querem segurança. Então, eu procuro passar assim uma segurança naquilo que eu faço, naquilo que eu falo, mas também me aproximo deles [...].

Podemos evidenciar que os profissionais da UTIN se sensibilizavam com a importância que a família representava na assistência e esse sentimento também foi enfatizado em estudo realizado por Scochi e outros autores (2003) em UTIN pública. Nesse estudo, são pontuadas várias ações de enfermagem que favorecem os vínculos mãe-filho, desde o acompanhamento dos pais nos momentos de visita ao RN, esclarecendo dúvidas acerca do tratamento, até as orientações necessárias para que os pais se sintam seguros na realização de alguns cuidados. Outro aspecto importante nesse estudo foi a criação do grupo de apoio aos pais, realizado uma vez por semana, durante duas horas. Nesse grupo, os pais relatavam sentimentos e conflitos vivenciados durante o processo de hospitalização e trocavam experiências.

Em outro estudo, realizado por Rolim e Cardoso (2006), foram identificadas as opiniões das enfermeiras que trabalhavam em uma UTIN pública no estado do Ceará acerca da humanização do cuidado. Nele, retrataram ser necessário ter agilidade e destreza na execução dos procedimentos, porém enfatizaram a importância da equipe em enxergar mais do que os olhos veem, saber dialogar, ouvir e acolher a família, mesmo acreditando que essas condutas são desafios para a assistência humanizada devido ao ritmo acelerado de trabalho desses profissionais.

Por outro lado, um profissional consegue relatar a importância da família no processo de hospitalização do RN, mas não sente a participação ativa dos pais, principalmente, da mãe, nos cuidados cotidianos da UTIN. Há um sentimento desse profissional de que a família está presente, mas não ativa no processo.

E4 [...] Então, o que eu sinto é assim, a gente já avançou. Hoje os nenéns, com muita dificuldade, são chamados pelos nomes. Os pais, a gente geralmente conhece pelos nomes, mas quando ainda são introduzidos aqui, ainda sinto que são visitas, eles não opinam nesse cuidado. Nós ainda somos os preponderantes e, no entanto, é isso que é o problema, porque, depois, nós vamos entregar esse bebê pra esses pais completamente despreparados na conduta em relação à tomada de decisões dos seus filhos. Eu ainda sinto que a gente pensa que eles não têm como opinar, NE. E eles têm como opinar por mais dificuldades que eles tenham de entender, falta de conhecimento, mas é o filho deles, eu ainda sinto que eles são visitas [...].

Esse mesmo entrevistado ressalta que, apesar de terem ocorridas várias mudanças nas práticas de saúde da UTIN e que a família está no processo de hospitalização do RN prematuro, os cuidados ainda estão voltados para uma assistência prepoderantemente técnica, onde as questões particulares de cada família ainda não são suficientemente trabalhadas pelo profissional. Ressalta ainda a dificuldade de implantação de mudanças de atitude que contrastam com uma cultura profissional e institucional estabelecida.

E4- [...] Apesar da melhoria nesses 12 anos, eu vejo que melhorou muito, mas eles ainda nos incomodam, sabe. E não eram para incomodar porque a gente ainda está voltado para o cuidado muito particular do bebê e a gente ainda não entende que esse bebê tem uma história de vida com esse pai, com essa mãe. É difícil isso, porque isso é uma mudança que tem que vir do coração, do interior da pessoa. Às vezes, esse tipo de mudança é muito difícil pra uma pessoa que já tá trinta, quarenta, sei lá, vinte anos fazendo a mesma coisa. É muito difícil ela mudar e ter uma mudança completa na sua prática [...].

Nesse sentido, apesar de concordar com a importância da interação com a mãe na realização do cuidado, outro profissional relata o incômodo da visita concomitante à necessidade de realizar procedimentos técnicos.

E5- [...] da importância que tem de eu interagir com a mãe, é de chegar e conversar com ela, não assim de ficar muito amiguinha não, você entende o que eu tô falando? Assim, tentar ajudar ela no binômio mesmo. Depois, as visitas que incomodam muito a gente foram colocadas num horário estratégico. Agora, o horário é 11 h, antigamente era na parte da tarde. Eu acho melhor no horário das 11h, porque você já fez suas atividades. Então, eu acho que foi legal [...].

No ambiente hospitalar, a inovação da maquinaria de ponta, como respirador, bombas de infusão, monitores, aparelhos de RX, ultrassonografia, entre outros, exige do profissional o domínio da máquina, que é a tecnologia dura. E esta é utilizada para manter o RN vivo e requer somente treinamento técnico para executá-la. Porém, quando essa tecnologia não está associada ao uso da tecnologia leve e leve-dura, inviabiliza uma assistência humanizada, fazendo necessária uma filosofia afeita à transformação social e cultural dos profissionais.

É importante dizer que a tecnologia leve-dura (onde saberes bem estruturados operam os serviços de saúde), assim como a tecnologia leve (que é a tecnologia das relações, do acolhimento), se não forem embutidas e discutidas entre os profissionais de saúde

poderão se tornar um problema na prestação dos cuidados voltados às diretrizes da humanização.

Segundo Merhy (2002), para melhores interações entre os sujeitos na assistência, articulando avanços tecnológicos com os relacionais, é necessário repensar as diferentes dimensões tecnológicas, evidenciando as relações interpessoais através de momentos de falas, escuta e interpretações, para que os “sujeitos” que prestam assistência sejam responsáveis pela solução de problemas a serem enfrentados, com a finalidade de formação de vínculos duradouros entre prestadores de serviços e usuários.

Esse mesmo profissional relatou que na UTIN existia a prática de separar os RN prematuros extremos, que se encontravam gravemente enfermos, daqueles RN somente prematuros, onde a atenção do cuidado se volta à prestação de técnicas potencialmente delicadas, preservando a energia e o desenvolvimento psicomotor desse bebê. Essa prática foi instituída pela coordenação de enfermagem com a preocupação de escolher os profissionais que têm um manejo melhor das técnicas neonatais e que também se preocupam em minimizar os efeitos iatrogênicos causados pelo ambiente da UTIN. Tal prática foi considerada por ele como sendo também de humanização.

E5- [...] Existe um programa dentro da UTIN com o objetivo de humanizar a assistência. Além do método canguru, que eu acho que agora também não lembra mais da família, assim é a separação dos pequeninhos, eu acho também que isso aí faz parte da humanização, eles recebem um cuidado além dos outros.

Necessitamos pensar em transformações a partir das próprias reflexões dos profissionais, a participação da família no cuidado ao prematuro tem que estar inserida na filosofia institucional, lacuna essa apontada pelos entrevistados.

5.3 CONCEPÇÃO DE ASSISTÊNCIA HUMANIZADA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A concepção de assistência humanizada dos profissionais entrevistados configura inicialmente um primeiro núcleo de sentido, caracterizado pela ideia de que há a necessidade de que os profissionais da equipe da UTIN reconheçam a importância da valorização da família no processo de hospitalização do RN, podendo participar desse processo.

E1- Ah, eu acho que é levar em consideração a pessoa aqui dentro, né. A gente vê que é um ambiente pesado, que muitas vezes os pais mesmos pensam assim: ah, já tem os médicos, já tem os aparelhos, então; não precisa de mim, né. Então, devemos colocar eles no lugar de pais, eles também são necessários aqui dentro, precisam ter esse diálogo, mediar mesmo, porque às vezes, tem dias que está aquela correria e não dá tempo dos médicos, dos enfermeiros darem aquela atenção, NE. Então, a gente entra e...

A assistência que envolve o RN e a sua família é uma das propostas de humanização mais discutidas na Neonatologia e há de se considerar que, ao direcionar a visão para as famílias, os profissionais devem considerar a singularidade de cada uma, como também precisam dominar as questões relacionadas ao cuidado à família como pré-requisito para o cuidado integral ao RN, entendendo que não é possível atender a essa necessidade sem a inclusão do contexto familiar (TAVARES; QUEIROZ; JORGE, 2006).

Os profissionais se sensibilizam com a situação dos pais de terem o filho internado, como se estivessem vivenciando essa experiência dolorosa. Não enxergam a prestação do cuidado somente para a recuperação fisiológica do RN ou do cuidado com o ambiente, mas também descrevem a importância de apoiar a família, considerada como grupo social que promove afeto e que dará continuidade ao cuidado após a alta hospitalar.

E2- [...] Acho que respeito pelo paciente é se colocar no lugar da pessoa, dar amor e provar o respeito, colocando as pessoas envolvidas nesse processo de hospitalização [...]

E6- [...] É uma questão que está muito em foco e aí fica a pergunta se é só o ambiente ou se é problema das pessoas. Eu acho que o ambiente ajuda muito, claro. Fico pensando o frio que tá fazendo desde domingo e essas mulheres na enfermaria sem um cobertor, sem uma televisão, sem condição nenhuma,

então, eu acho que isso também interfere muito. Agora sem dúvida, a humanização tem que partir do trabalhador e das pessoas, né. E eu acho que é essa forma diferenciada assim de tratar, de entender o outro como não sendo um coitado. Não é essa a questão, mas outra, como estar aqui por direito, que poderia ser eu ali no local dela. Então, como deveria ser se eu estivesse ali, né [...]

E3- [...] O que eu penso sobre humanização é tentar colocar o bebê inserido aqui, mas a gente sabe que está cuidando dele, mas que ele vai pra um outro lugar. Ele vai pra casa dele e ele vai ter que estar bem com a mãe, com o pai, com os familiares como um todo porque, quando uma mãe tenta o aborto, a gente recebe o neném aqui e não pensa nesse assunto, a gente tenta resolver isso pra depois ir embora pra casa e ser bem acolhido. E quando ele está aqui dentro, ele tem que ser muito bem assistido em todos os aspectos, a família também tem que ser bem recebida. A gente não pode ter preconceito, alguma coisa que acontece se ela usou alguma medicação, alguma droga, a gente tem que começar como se fosse começar do zero, daí pra frente, ela pode receber bem esse bebê [...].

Nesse sentido, cuidar envolve, acima de tudo, uma aproximação fiel ao que importa e realmente tem valor para aquele que é cuidado. Exige reciprocidade em um mundo de relações estabelecidas com base na confiança e na autenticidade. Por essa razão, a inserção da família como foco de cuidado às crianças hospitalizadas torna-se primordial.

No contexto hospitalar, a equipe de saúde precisa ser instrumentalizada a fim de transformar sua práxis no atendimento à criança hospitalizada. É necessária uma reflexão permanente dos modos de cuidar da criança e sua família, promovendo ações de valorização e cuidado à própria equipe de saúde (COLLET, 2002).

A fala abaixo deixa transparecer uma preocupação com a dimensão do acolhimento, onde a percepção das necessidades de mãe e RN é enfatizada como fundamental para uma atenção humanizada.

E7- [...] uma assistência humanizada ao bebê de alto risco, essa assistência envolve muita coisa, principalmente com a família, [...] a mãe fica porque ela tem que amamentar, ela depende da assistência de enfermagem pra isso, ela tem que ter alguém até do lado pra observar, pra orientar. Então, mas, começando na UTIN, que é a ponto de partida de tudo, eu acho que, primeiro, é importante que a família conheça quem está cuidando do seu filho. Então, o que eu faço, primeira coisa, cheguei no plantão e peguei uma criança que eu não conheço, eu me apresento, falo quem eu sou, meu nome, que daqui por diante eu vou cuidar do bebê até a alta e tudo que ele precisar, a família, a mãe, o pai, o que precisar, pode me perguntar, se eu não souber responder eu vou procurar alguém pra poder esclarecer. Então, desde o primeiro momento, eu procuro estabelecer um vínculo, um vínculo de segurança porque eles aqui são muito questionadores, independente da classe social, são pessoas assim

que, pelo fato de estarem aqui vivendo um momento difícil, eles querem saber tudo, eles querem segurança. Então, eu procuro passar assim uma segurança naquilo que eu faço, naquilo que eu falo, mas também me aproximo deles [...].

A humanização pode ser entendida como uma maneira de ver e considerar o ser humano a partir de uma visão global, buscando superar a fragmentação comumente encontrada na assistência. Um dos aspectos que envolvem uma prática dessa natureza está relacionado ao modo como lidamos com o outro, tratando-o com dignidade e respeito, valorizando seus medos, pensamentos, sentimentos, valores, crenças, estabelecendo momento de fala e de escuta. Assim, a humanização é fundamental para o processo de trabalho em saúde, já que o mesmo se funda numa interrelação pessoal intensa (NOGUEIRA, 1997).

Mas, para além de uma atitude de acolhimento à família, alguns profissionais identificam um papel para a família na assistência ao RN, papel este impossível de ser substituído pelo cuidado técnico.

E5 [...] Eu vejo que para considerar uma assistência humanizada, com o envolvimento da família, a atividade melhor é o método canguru. Ele permite o contato direto com a mãe e a gente consegue favorecer o binômio [...].

E6- Nós tivemos aqui uma mãe, recentemente ela teve alta no dia que a licença dela acabou. Então, ela passou quatro meses aqui dentro, né. Então, se você faz daqui um local frio e não um local acolhedor, se você não faz ela participar e aí eu acho que a nossa assistência humanizada vem nesse sentido, de mostrar que a mãe é mãe aqui dentro também, deixando que ela participe desse processo [...]

É nesse mesmo ambiente que outras necessidades do RN ganham destaque, como a inserção de sua família nos cuidados e na manutenção da qualidade de vida. Assim, o RN deve ser considerado e respeitado como ser-sujeito, dotado de individualidade, e não como simples objeto de intervenções. Logo, os cuidados não devem ser focados apenas nos aspectos biológicos, mas também no estímulo ao seu desenvolvimento psicoafetivo. Quando valorizamos o cuidado meramente técnico, dicotomizamos o corpo biológico do social e deixamos de ver, sentir e adentrar pelo campo da subjetividade (CABRAL, 1999).

Para esse profissional, a participação da mãe guarda também uma preocupação com o bem-estar no ambiente hospitalar, tradicionalmente um ambiente de sofrimento, relacionado à morte.

E6- Então eu acho que é assim, é identificar no setor o que pode trazer menos sofrimento. O que você pode trazer de diferente? E, assim, a gente tem tentado, é difícil porque, historicamente, o hospital não é um local de alegria, o médico não está para a saúde, o médico está para a doença, né. Então, não é um local fácil de você trabalhar porque a cultura das pessoas está muito focada no prestar o clínico e algumas pessoas ficam de fora. Então, a gente tenta fazer no materno infantil, e aí eu falo materno infantil, porque a gente costuma juntar, pediatria, maternidade, UTIN e tentar fazer algumas pontuações que possam diferenciar nosso serviço. Então, o que a gente tem feito?

Outro profissional também aponta este caráter de relação do hospital com a morte, ao associar a atenção humanizada ao bem-estar do cliente.

E4- para mim uma assistência humanizada é uma assistência voltada para o cliente, para o bem-estar desse indivíduo. Até por uma questão histórica, os cuidados médicos, os cuidados hospitalares, eles não são voltados ainda com a preocupação de dar um cuidado humanizado. O hospital perdeu isso porque, na realidade, o hospital é um local de morte, ele não é um local de vida, esse pensamento ainda tá dentro da gente, de nós profissionais de saúde, trabalhando dentro de um hospital. Então, é por isso que precisa de um método humanizado, da humanização, porque não é que a gente perdeu, a gente nunca teve. A ideologia hospitalar não foi fundamentada no cuidado do doente, foi no cuidado da morte, não no cuidado da vida. Então, a UTI reflete isso.

Nesse sentido, o mesmo estudo realizado por Souza e Ferreira (2010) apontou que os profissionais da UTIN convivem com diversos fatores que desgastam as ações voltadas para a humanização dos cuidados, dentre estes, a dificuldade de aceitação da morte, pois, para eles, testemunhar a morte é dizer que, apesar dos esforços da equipe, o óbito pode gerar a sensação de trabalho inacabado ou malsucedido.

Um outro estudo, realizado por Pinho e Santos (2008), onde são trabalhadas questões da humanização na UTI, confirma também que o atendimento dos profissionais de saúde visam à manutenção das condições vitais do doente, à sua rápida recuperação e à sua cura. Porém, surgem certas particularidades dos cuidados prestados por esses profissionais, tal como a de que a UTI, por ser um ambiente especial de gravidade, de invasividade e de risco frequente de morte, seja um ambiente hostil, negativo, que pouco produz saúde, predominando o imaginário da dor, da morte e do sofrimento.

Outro eixo de sentido para a atenção humanizada enfatiza os cuidados com o RN, considerado como um ser muito vulnerável, a partir de sua condição de prematuridade.

E4- [...] existe uma coisa que a gente precisa repensar, que é o conceito de prematuro, como as pessoas veem, o que na realidade eu penso desse bebê tão pequeno, será que ele é realmente assim. Na cabeça das pessoas ele é um indivíduo? [...], é realmente a gente sentar e discutir de que forma nós podemos dar uma assistência pra que esse bebê venha ter uma qualidade de vida. A UTI nasceu pra poder colocar esses meninos vivos, é muito fácil hoje fazer um bebê de 800gr ficar vivo, mas a qualidade de vida desse bebê, após esses cuidados todos que a gente não discute, é que é a grande discussão hoje na neonatologia, entendeu? [...]

E5- [...] A humanização é muito importante pra criança sair bem, entendeu? Ajuda muito no tratamento, o tocar menos, procurar tirar todos os estímulos que vem afetar. Ele precisa tá ali como se estivesse dentro da barriga, né. Então, quanto mais você puder favorecer isso pra ele, lógico que não vai ser a mesma coisa, mas você vai fazer o possível pra isso [...]

Atualmente, a atenção à saúde nas unidades neonatais requer profissionais amplamente envolvidos com a prestação de cuidados humanizados através de mudanças de atitudes e posturas. O olhar desse profissional deverá se desviar do cuidado meramente tecnológico e trilhar outros caminhos que permitam ampliar a assistência e os cuidados prestados, vislumbrando a qualidade de vida do RN prematuro e minimizando, assim, o nível de sequelas neuropsicomotoras provocadas durante o processo de internação.

A sobrevivência do bebê prematuro extremo está relacionada aos avanços científicos e tecnológicos que permitem aumentar os limites de viabilidade e aperfeiçoar as técnicas de cuidados em relação a esse bebê. No início da internação, toda a situação está envolvida por uma alta tecnicidade e precisão, sendo este um dos fatores que mantém a vida desses bebês. Mas é preciso atenção para que a técnica não se sobreponha ao contato com o bebê e sua mãe, sendo importante estarmos atentos às particularidades que cada caso nos apresenta (SCOCHI et al., 2007).

Para alguns profissionais, o cuidado humanizado surge no sentido de se politizar as ações na UTIN que estão voltadas para humanizar a assistência, considerando que a humanização requer, além da valorização da família no processo de hospitalização, a criação de espaços e momentos na assistência para que várias categorias profissionais, com seus diferentes olhares, saberes e escutas, possam compreender a realidade vivenciada pela família do RN.

E6- [...] as reuniões conjuntas que a gente faz na sexta-feira com a equipe multiprofissional. Vamos passar caso por caso e aí vai ter os vários olhares. Então, a médica que está cuidando daquele bebê vai saber da mãe, lá na realidade dela. Desse jeito, talvez possa entender porque ela não está comparecendo. A gente pede sempre pra mãe procurar a equipe [...]

E8- Eu acho que aqui na UTIN a gente tenta prestar uma assistência humanizada ao RN, mesmo porque aqui você não tem só o RN. Você tem um vínculo com a mãe, aqui tem as assistentes sociais, tem as psicólogas, tem a fisio, na verdade, temos uma equipe completa. Eu acho que o cuidado aqui é muito, muito humanizado.

E4- [...] existe o projeto canguru que eu acho muito interessante, mas é uma coisa que precisa ser discutida a todo instante com a equipe pra que a gente possa realmente entender o que é um cuidado humanizado, que é o meu cuidado estar voltado pra aquele bebê e não pra minha condição de plantão, de quanto que eu recebo, quem paga pelo meu trabalho, se eu tô cansada, se eu tô estressada, se eu tenho problema na família, entendeu?

Segundo Costa e Monticelli (2006), para que a equipe multidisciplinar consiga modificar a realidade dos cuidados prestados ao RN e à família, dando continuidade ao desenvolvimento da prática do Método Canguru, há necessidade de educação em toda a prática assistencial através de relação dialogada, para que a equipe compartilhe suas crenças, valores, conhecimentos e experiências.

5.4 FATORES QUE DIFICULTAM O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Um aspecto importante é a configuração do ambiente físico da UTIN, que não permite uma recepção da família do RN, proporcionando conforto e privacidade.

E4- [...] Porque quando a mãe vai embora, eu falo: é importante você estar aqui, é importante você vir, mas eu não tenho aonde colocá-la. Não tenho uma cadeira decente para oferecer, quanta diferença faz ter um espaço para receber essas mães, onde elas possam estar para somente amamentar.

Há uma preocupação com o atendimento das mães que amamentam, pois no ambiente da UTIN estudada não há espaço reservado para que a amamentação ocorra de forma tranquila, confortável, segura e adequada. É no momento da amamentação que ocorre a troca de olhares, o corpo a corpo entre o RN e a Mãe, onde se estabelecem vínculos importantes para o desenvolvimento biopsicossocial do RN.

Segundo Maldonado (2002), a amamentação não é apenas um processo fisiológico de alimentar o bebê, mas envolve um padrão mais amplo de comunicação psicossocial entre a mãe e o bebê e pode ser uma excelente oportunidade de aproximação e contato pele a pele, minimizando o trauma da separação provocado pelo parto. Ao ser amamentado, o bebê literalmente volta para o corpo da mãe e reelabora aos poucos a separação, quando o desmame não é precoce e nem abrupto.

A falta de tempo para ouvir essas mães pode dificultar todo esse processo, podendo até desestimular a permanência da mãe na unidade, o que até afasta a possibilidade de se trabalhar qualquer intercorrência que possa surgir no tratamento do RN, envolvendo questões familiares.

E8- [...] às vezes umas mães têm reações diferentes após o parto e, às vezes, a gente não tem tempo de trabalhar isso com ela, de sentar, de fazer uma reunião, enfermagem com as mães. A gente não tem esse tempo. Então, eu acho que é um atendimento, mas melhorar, sempre tem jeito de melhorar [...]

Esta situação também foi observada em estudo semelhante realizado por Souza e Ferreira (2010), que destacaram que a falta de local de acomodação para as mães estava muito distante do modelo de humanização que os profissionais gostariam de proporcionar. Neste estudo, a enfermagem limitava o tempo para o cuidado com os pacientes, o que acarretou em dificuldade de estipular tempo para outras ações como o tempo para conversa com os familiares do RN.

Outra questão ressaltada por um dos profissionais foi que o processo de hospitalização do RN prematuro, incluindo a família, traz à tona algumas particularidades que são vivenciadas pelos profissionais de saúde, tais como, o incômodo que a presença da família dentro da UTIN possa trazer.

E7- [...] uma assistência humanizada ao bebê de alto risco, essa assistência envolve muita coisa, principalmente com a família, porque a família, na verdade, ela que é o problema maior de relacionamento. Com a criança, você não tem problema nenhum, tudo que você faz ela aceita. Ela aceita, agora, em relação ao que eu faço, tanto aqui na UTIN como o SEMI-INTENSIVO, porque no semi não tem como, é um trabalho corpo a corpo mesmo. A mãe fica porque ela tem que amamentar, ela depende da assistência de enfermagem pra isso, ela tem que ter alguém até do lado pra observar, pra orientar. De início, quando eu entrei em 1993, as visitas eram proibidas, tanto o pai quanto a mãe não entravam. Quando começou a abrir o período integral pra que a mãe e o pai pudessem ficar foi muito difícil, porque trabalhar com a família é bem

complicado. A gente, assim, é muito cobrado, é vigiado, tem que saber o que fala pra não ser mal interpretada, isso no início causou muito problema, muita polêmica [...].

Este fator foi evidenciado em estudo realizado por Martinez, Fonseca e Scochi (2007), que retrata a realidade da presença dos pais na UTIN sob o olhar da equipe de saúde em um hospital público, onde relataram que a presença dos pais era de suma importância para o atendimento do RN. Porém, para esses profissionais, a mãe ajudava na realização de alguns cuidados, mas, ao mesmo tempo, modificava o ambiente da UTIN, interferindo na dinâmica do trabalho, além de gerar insegurança na equipe que se sentia fiscalizada e preocupada com as infecções hospitalares.

Para outro profissional, o excesso de profissionais num determinado momento pode prejudicar as atividades, mas considera importante o contato do bebê com os familiares.

E9- Porque, às vezes, é residente, é fisioterapeuta, é psicólogo, e ainda tem visita. Aquele monte de gente, aí você quer chegar pra ver alguma coisa, aí não dá, é muita gente. Mas, para o bebê eu acho muito importante, esse carinho que eles recebem da visita de um irmãozinho, às vezes, é muito pequeno, mas a psicóloga vai junto e libera a visita. Eu acho bem legal, principalmente essa parte dos irmãos.

No conceito de cuidado centrado na família a visita dos pais não deverá ter limite de tempo de permanência, nem horários predeterminados, somente deverão permanecer fora da unidade durante a passagem de plantão para que seja mantida a privacidade de informação dos pacientes, ou por ocasião de algum procedimento específico que contraindique a permanência dos pais na UTIN.

Dentro de uma realidade de produção de tecnologias de relações na UTIN, a flexibilização das rotinas das visitas parece fundamental para o estreitamento de laços afetivos e para o redimensionamento desse espaço social pelos familiares. Além disso, é possível perceber que, de certa forma, a permissão da entrada de visitas que envolvem, além dos pais, avós, irmãos, tios e outros parentes dos RN internados, parece romper com o senso comum que visualiza a UTIN como um ambiente preenchido pelo sofrimento e pela negatividade. Sendo o espaço social da UTIN frio, mecanicista, em que o misto imaginário é complexo e ao mesmo tempo ambivalente, flexibilizar uma regra seria promover a aproximação das famílias que estão

distanciadas, ao invés de mantê-las afastadas, para permitir a recuperação do estado de saúde dos pacientes junto com os seus vínculos interpessoais (PINHO; SANTOS, 2008).

5.5 CONHECIMENTO E IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA UTIN

De uma maneira geral, são poucos os profissionais que admitem conhecer a PNH. Na maioria das vezes, demonstram um conhecimento parcial, lembrando-se do Método Canguru e do que esse programa propõe que é a inserção da família no contexto da hospitalização do RN prematuro. Para eles, há humanização do cuidado quando o cuidado técnico do profissional se aproxima ao envolvimento com a família, criando, dentro do ambiente da UTIN, espaço e liberdade para que ela se sinta acolhida e segura.

E7- política preconizada pelo ministério da saúde? Aquela que expõe o Método Canguru? Olha, pelo que eu me lembro de um curso que fiz em 2006, que falou muito em humanização, a humanização é um envolvimento maior que você tem com o seu paciente e com a família do seu paciente. É tentar fazer tudo isso que eu falei de forma que não seja automática, mas você também não pode se envolver muito com a situação ou você acaba se prejudicando. Você tem que se envolver, se dar um pouco, né, mas fazer, assim, um trabalho diferenciado. Então, dentro desse conceito de humanização, tentar fazer diferente, ter uma afinidade com o familiar do paciente, chamar ele pelo nome. No caso aqui, o paciente não chama a gente pelo nome não, mas os pais eles reconhecem e você tenta dar atenção, pra criar aquele vínculo de amizade, de confiança. Então, dentro disso daí, aqui, sempre é tentado. Não conseguiu ainda implantar uma metodologia e uma humanização plena porque o hospital não oferece recurso pra isso.

E9- Profundamente não. Mas eu ouvi falar dela, que os pais já estão em contato desde o parto humanizado, alguns cursos que eu já fiz sobre o Método Canguru e incentivo ao aleitamento materno. Essa aproximação que a gente tenta fazer para que a família esteja presente.

A instituição em estudo não oferece recursos para a permanência da família na unidade, com conforto e segurança, pois algumas particularidades das práticas ou atividades desempenhadas, citadas pelos profissionais, atrapalham esse acolhimento, essa aproximação da família.

A questão do acolhimento da família com segurança e conforto esbarra na falta de alguns recursos, onde o espaço da UTIN comporta somente a permanência dos profissionais que ali trabalham, não tendo espaço adequado entre os leitos. Há também deficiência de recursos materiais, onde os utensílios de uso pessoal dos familiares permanecem em escaninhos à beira do leito do RN, ocupando o espaço onde os profissionais poderiam colocar materiais para realização dos procedimentos.

Outra dificuldade é a permanência dos pais na unidade, onde os mesmos permanecem sentados em cadeiras comuns de plástico, sem conforto algum, podendo até dificultar, caso se inicie o posicionamento do método canguru.

Todo esse contexto vai ao encontro do estudo realizado por Ferreira (2005), onde humanizar para ele é quando existe a escuta dos profissionais para com o paciente, assim como a reorganização dos processos de trabalho; a criação de ouvidorias e “balcões de acolhimento”, além da melhoria das estruturas do espaço físico.

Outro profissional relata que a PNH é exercida dentro da UTIN através de ações individualizadas, mas que ultrapassam a rigidez das normas e protocolos institucionais e, comparados com os outros setores do hospital em estudo, a UTIN se sobressai mediante a adoção de algumas condutas que tornam o ambiente acolhedor.

E6- a PNH tem entrado na UTIN através de pequenas ações: as visitas na UTIN aconteciam todas as quartas-feiras de 15h às 16h. Aí, a enfermeira Sandra fez uma visita num hospital em São Paulo e viu que as visitas aconteciam todos os dias, a partir daí as visitas aqui passaram a ser de segunda a sexta-feira, reduzimos o horário, mas aumentamos os dias. Temos cursos que são oferecidos na maternidade, é muito legal porque o foco desses cursos é o multiprofissional. Então, são aulas de todas as categorias e aí você vai entender o olhar do outro, conhecer um pouco o mundo dele, levando a equipe pra esses cursos de forma que se possa mudar essas relações de trabalho. Eu acho que a UTIN frente a outros espaços do hospital tem estado muito à frente, assim, o trato é diferente, a ambiência é diferente, a preocupação é diferente, talvez por ser aqui acolhedor, lá fora o ambiente é aberto, grande, público, talvez seja isso. É um espaço que está à frente de muitos outros setores, aqui a gente briga pela presença da mãe e por melhores condições, acho que seria isso.

Squassante e Alvim (2009) ressaltam a importância dos profissionais em criar parcerias, momentos de diálogo, assim como compartilhar a preocupação e o

sofrimento do outro, percebendo a família com outro olhar, considerando suas necessidades, seus desejos e seus questionamentos.

A atual Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), levando em consideração o conceito de clínica ampliada, preconiza que cuidar é um conceito amplo que envolve os tratamentos propostos, mas também a criação de um ambiente que proporcione mínimas condições de conforto à pessoa cuidada, um encontro com ela mesma, fazendo nascer uma confiança proveniente desse encontro. A partir desse novo conceito do cuidado, “o trabalho clínico envolve o sujeito e a doença, a família e o contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade” (BRASIL, 2004).

Contrariamente ao depoimento anterior, um outro profissional não se sente seguro para definir o que vem a ser a PNH e cobra maior rigidez das normas e rotinas a serem desempenhadas pelos profissionais.

E3- Mais ou menos. Pois é, eu teria que ler mais a respeito porque, quando eu fiz residência, a gente tinha uma noção disso, mas eu acho que eu tenho que saber mais porque devem ter mais coisas do que eu imagino. Mas eu acho que aqui funciona, mas não como deveria, eu acho que tinha que ser um pouco mais agressiva, assim, um cuidado maior, por exemplo. Eu acho que a porta deveria ficar sempre fechada, nem sempre fica. Então, um exemplo é a visita. A gente já não faz mais à beira do leito para evitar ruído, mas às vezes tem gente que chega falando alto. Não é permitido parentes, só em determinados horários, mas, às vezes, a gente mesmo ou os médicos permitem dar uma olhadinha. Tudo isso e mais outras coisas atrapalham esse processo de humanização [...].

Vale ressaltar que a visita na unidade é aberta aos parentes e familiares do RN, havendo restrições da entrada dos mesmos quando os profissionais estão realizando determinados procedimentos e quando há intercorrências graves com o RN.

A UTIN modificou a prática de manter as portas fechadas para visita, sendo uma ação que permite livre acesso dos pais e parentes na unidade indo ao encontro do que preconiza a PNH.

O MS traz como proposta a cartilha da visita aberta e direito ao acompanhante, onde a visita permite que pessoa internada receba de uma testemunha uma confirmação da sua própria existência e isto é uma necessidade vital de todos nós (BRASIL, 2004).

Outro profissional acredita saber o que é a política, porém, pontua o serviço da enfermaria canguru que estava em funcionamento e deixou de ser realizado devido às questões burocráticas e financeiras.

E1- Conheço e acho extremamente importante, assim... é algo que é bom para a equipe, é bom para os pacientes, né. A questão dos leitos canguru, a enfermaria que a gente tinha aqui, no momento não está funcionando, era excelente [...] Eu acho que tem sido, com suas dificuldades, com seus pecados, mas aqui o serviço é muito bem montado, mas que precisa de melhorar, precisa, né. A gente esbarra em questões financeiras, algumas questões burocráticas, mas tem se buscado esse serviço [...].

Os leitos da enfermaria canguru recepcionavam os RN e suas mães, quando recebiam alta da UTIN e, nesse momento, as mães eram treinadas e orientadas pelos profissionais da equipe multidisciplinar sobre os cuidados necessários para o preparo do RN para a alta hospitalar, como: o banho do RN, o cuidado com o coto umbilical, a posição, a pega correta e o incentivo a manter a amamentação após a alta hospitalar. Além disso, as mães eram orientadas a reconhecerem no RN as dificuldades durante e após a amamentação. Era nessa enfermaria que se fortaleciam os vínculos entre as mães e os RN, pois as mesmas permaneciam na enfermaria em tempo indeterminado, realizando a posição canguru.

Estudo realizado por Tavares, Queiroz e Jorge (2006) sobre a implementação da prática do cuidado que envolve a família, no contexto da UTIN, também evidenciou dificuldades relacionadas à organização dos serviços; capacitação profissional; infraestrutura, assim como as políticas locais que apoiavam as mudanças necessárias. Nesse estudo também foi relatado que não havia local apropriado para acolher as mães.

É importante que haja envolvimento na prática dos gestores, prestadores de serviço e usuários para potencializar as ações voltadas à PNH. O método canguru é um programa preconizado pelo MS com ações voltadas a humanizar a assistência prestada ao RN grave e não pode ser reconhecida como uma política, se a mesma não operar transversalmente em toda a rede do SUS (BRASIL, 2002).

Quanto à efetivação da política na UTIN, outro profissional relatou que a PNH se efetivava quando ocorria, uma vez por semana, o encontro de vários profissionais com o intuito de discutir os problemas de cada bebê e suas famílias, através de vários olhares.

E1- [...] mas, tem se buscado esse serviço. Eu acho, principalmente, que o foco também é essas reuniões, as multidisciplinares, que acontecem na sexta-feira, onde várias especialidades da equipe conversam sobre o bebê. Então, você não olha só por um foco, né, olha por vários aspectos.

Ao que podemos observar, somente as trocas de saberes entre os profissionais para a solução dos problemas levantados nesse encontro multidisciplinar não contemplam a totalidade da proposta da política de humanização preconizada pelo SUS. Será que na dinâmica desse encontro, onde há espaço para troca de informações entre as várias especialidades para conhecer melhor o cliente em questão, não seria interessante ter a participação dos gestores, dos profissionais e dos usuários? Será que não deveria existir também o momento do encontro dos diferentes profissionais com as famílias?

A humanização como uma política transversal supõe necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde (BRASIL, 2004).

Foi evidenciado também por outros profissionais que a PNH vem no sentido de modificar a prática dos profissionais que atendem ao RN e à família na UTIN através de condutas importantes, como diminuir ruído dentro da unidade, manter a rotina de passar visita à beira do leito do RN e agrupar os cuidados em determinados horários para serem executados, minimizando, assim, o excesso de manuseio ao RN grave.

E4- [...] Quanto ao procedimento, eu acho que a gente tinha que ter um vínculo maior com o cuidador pra quando ah, eu vou aspirar agora. Então, logo depois de aspirar, já fosse colher o exame logo, ficasse livre, pra não aspirar daqui a 2 horas. Você vai lá e colhe, daqui a 2 horas, se vai lá e colhe um dextro, evitar esse tipo de coisa. Eu acho que ainda não tá totalmente implantado, tinha que ter um vínculo maior ou estipular um horário do que vai fazer. Assim como as meninas tem um horário pra banho, um horário pra tudo, eu acho que a gente tinha que ter. Então, eu acho que ainda falta eu estudar alguma coisa sobre isso, eles tentam implantar, tentam fazer, mas ainda não está perfeito.

E10- Sim, eu já ouvi falar, já vi apresentação de trabalhos, aulas na UTIN e apresentação de trabalho na jornada de iniciação científica da UFES falando sobre essa humanização em UTIN. O que eu sei é que se deve tentar o máximo humanizar os cuidados, trazer a família para os cuidados com os bebês, também tentar diminuir um pouco a dor desse bebê. Se já fez um

estímulo doloroso, esperar para realizar outro, dá alguma nutrição não nutritiva pro bebê, tentar ver a claridade, tentar dar pra esse bebê condições melhores e pra essa família também. Eu acho que deve haver um diálogo dessa família com a equipe e também fazer com que a família esteja ali, junto ao bebê, nas visitas.

Segundo Tamez (2009), atualmente, o cuidado centrado na família assim como os cuidados voltados para o desenvolvimento do RN prematuro são protocolos de cuidados implantados nas UTIs que se preocupam em manter o mínimo de agressão possível ao desenvolvimento neuropsicomotor do RN prematuro, através de estratégias para reduzir o estresse, preservar energia e promover o crescimento e a capacidade de autorregulação dos RN prematuros. E, com estas intervenções, diminuir a taxa de mortalidade e morbidade.

O cuidado centrado no desenvolvimento do RN é mais do que seguir protocolos que reduzem os efeitos nocivos de alguns procedimentos e do ambiente da UTIN. Envolve criteriosamente a participação da família nos cuidados ao RN prematuro, além da organização do ambiente da UTIN, assim como planejamento dos cuidados prestados para evitar interrupção no momento da execução das técnicas.

Este aspecto foi confirmado em estudo realizado por Souza e Ferreira (2010), que abordou os sentidos e as limitações apontados pelos profissionais para a humanização da assistência em uma UTIN pública no Rio de Janeiro, que destacou a importância de ações que possam contribuir para reduzir o efeito danoso que o ambiente da UTIN apresentava. Nesse sentido, apontaram que muitos profissionais circulavam pela manhã durante a visita clínica. A iluminação era intensa e os ruídos e sons emitidos pelos equipamentos provocavam estresse tanto para a família como para os profissionais que ali circulavam. As autoras apontaram que algumas intervenções poderiam minimizar os efeitos danosos do ambiente da UTIN através da redução da luminosidade, do uso de protocolos de mínimo manuseio ao RN, assim como foi apontado que o ambiente da UTIN era de grande movimentação, onde circulavam vários profissionais, as luzes eram intensas e havia a preocupação dos profissionais em tornar o ambiente da UTIN menos estressante tanto para o profissional quanto para a família.

Outros profissionais relatam que não conhecem os detalhes da PNH e, assumindo uma

postura passiva e expectante, consideram que é papel do Ministério instituir essa política, saindo do papel e indo ao encontro dos prestadores de serviços de saúde em todas as instâncias governamentais e também nas ações de suas práticas diárias.

E4- Assim, detalhes da política nacional de humanização eu não conheço porque eu nunca tive oportunidade de estar em contato, o que eu acho que é uma falha, isso tem que vir de cima. O ministério coloca algumas coisas, mas não chega na base. Então, eu não conheço realmente a política por trás, eu imagino que é cada vez mais um cuidado voltado para melhor assistência ao nosso cliente, deve ser isso, mas os detalhes dela eu não conheço. Aqui dentro da UTIN o que nós conhecemos de humanização vem do método canguru e a gente está encontrando muita dificuldade.

E6- Assim, eu sei que existe a PNH, mas não conheço a fundo, conheço de roda de conversa entre amigos. Sei que é uma política colocada pelo governo a ser estabelecida nos hospitais e sei que o HUCAM tem feito muito esforço no sentido de trazer práticas dessa política no hospital.

Para que o profissional de saúde conheça, na prática, as ações da PNH, há necessidade deque ele seja instrumentalizado através de treinamentos contínuos.

A PNH, no eixo da educação permanente, vem compor o conteúdo profissionalizante na graduação, na pós-graduação e na extensão em saúde, vinculando-a aos Polos de Educação Permanente e às instituições formadoras (BRASIL, 2004).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na UTIN estudada, apreendemos que, apesar da organização técnica do trabalho de alguns profissionais voltarem somente para uma assistência centrada no aspecto biomédico, mecanizado, tendo como objetivo seguir e realizar as normas e rotinas da instituição nos foi também revelado uma diversidade de profissionais que atendem ao RN prematuro focando a prestação do cuidado para além da melhora clínica e da cura das complicações advindas da prematuridade. Diferentes olhares se desviavam desse trabalho mecanizado, envolto por ações com uso de alta tecnologia, permitindo a construção de novas práticas, articulando o modo de fazer saúde com apropriação dos diferentes saberes e construindo, assim, um novo espaço social e dinâmico.

Entretanto, a transformação do modelo envolto de alta tecnologia em um modelo onde o trabalho em equipe facilita a participação da família no contexto da internação e nos cuidados realizados aos RN prematuros pelos profissionais, ainda parece ser um desafio nas práticas exercidas pelos profissionais de saúde dessa instituição, já que a família participava dos cuidados somente quando o RN se encontrava em estado clínico estável ou quando eram transferidos para a unidade Semi-Intensiva.

Dentro da UTIN, os pais ainda eram vistos somente como visitas pela maior parte dos profissionais, não estando inseridos no processo de trabalho da equipe multidisciplinar. Apesar de alguns profissionais perceberem essa necessidade, não haviam criado espaços e nem estratégias para a participação efetiva da família no cuidado ao prematuro, ficando essa família sob o domínio de uma estrutura hospitalar, numa condição de dependência dos profissionais. Dessa maneira, a equipe de saúde deveria criar estratégias de ações que viabilizassem a presença dos pais constantemente na unidade com o objetivo de educarem esses pais para a realização de alguns procedimentos e os prepararem para a alta hospitalar do RN.

Assim, é necessário investir na formação e sensibilização dos profissionais de saúde da UTIN, promovendo não somente a capacitação técnica, mas também sensibilizando-os para que planejem a assistência pautada nos fundamentos da humanização e da integralidade do cuidado, a fim de proporcionar ao bebê e à sua

família um ambiente tranquilo e acolhedor, apesar da situação de hospitalização vivenciada.

Sob outro aspecto, os resultados da pesquisa mostraram que as práticas dos cuidados no processo de humanização da assistência dispensados pelos profissionais da UTIN evidenciaram a valorização da presença da família na unidade; os mesmos se mostravam sensíveis às reais necessidades que a família trazia, principalmente nos aspectos econômicos e sociais. Alguns profissionais acreditavam que o apoio proporcionado aos familiares pela equipe poderia facilitar o processo de internação do RN, onde o ambiente da UTIN, por ser estranho ao primeiro olhar da família, deveria ser apresentado aos pais com o objetivo de esclarecer as dúvidas que surgiam no primeiro contato da família com a aparelhagem e os cuidados utilizados para manter o RN vivo. Esse momento é crucial para que os pais se sintam capazes de promover os cuidados com o filho, desde o momento da internação até após a alta hospitalar.

Podemos observar que a minimização do impacto que o ambiente da UTIN possa trazer à família foi abordada pelos profissionais através de ações parceladas, porém, importantes no contexto hospitalar. Dentre essas ações, os profissionais relataram a valorização do cuidado especializado, em que as intervenções técnicas deveriam ser realizadas com maior delicadeza e cautela, tentando preservar não apenas o RN vivo, mas proporcionar cuidados que reduziam os efeitos devastadores durante o processo de internação desse bebê para preservar a sua qualidade de vida, ou seja, o cuidado centrado em preservar as funções neurosensoriais para o desenvolvimento do prematuro.

O estudo também enfatizou alguns processos que poderiam dificultar a humanização do atendimento ao RN e à família, segundo os profissionais de saúde. Dentre esses processos surgiu a importância do ambiente físico da UTIN para os profissionais. Para eles, o ambiente não permitia o acolhimento, principalmente da mãe, para realizar a amamentação de forma tranquila e com privacidade, ou seja, nesse momento, a potencialidade de fortalecer os vínculos duradouros foi reduzida, pois, segundo esses profissionais, a mãe permanecia na UTIN amamentando o filho, sentada em cadeiras desconfortáveis e sem qualquer privacidade.

Outra questão ressaltada pela maioria dos profissionais foi a visita aberta, considerada por eles como uma prática importante para o estabelecimento de vínculos. Porém, na fala de um dos entrevistados, a visita aberta trazia um complicador, pois a presença dos pais parecia representar mais uma ação fiscalizadora das práticas de cuidado dos profissionais do que uma forma de suporte e acolhimento aos RN internados. Outro complicador apontado por um dos entrevistados foi o grande contingente de pessoas circulando ao mesmo tempo em um espaço onde se realizava as práticas do cuidado e, concomitantemente, se pretendia oferecer o acolhimento à família do RN.

Dentre todas as intervenções citadas pelos profissionais para inserir a família no processo de hospitalização do RN, a de maior relevância foi o projeto canguru, em que a presença dos pais em qualquer etapa do processo saúde-doença do RN é valorizada. O projeto canguru modificou a prática dos cuidados realizados pelos profissionais da UTIN, permitindo a amamentação em livre demanda, a presença dos pais em qualquer horário na unidade, além de permitir que os mesmos estejam realmente integrados na realização de alguns cuidados básicos realizados pelos profissionais ao RN.

Outro aspecto importante, relatado por um dos profissionais apontava a importância do profissional de enfermagem na prestação dos cuidados, já que o mesmo permanecia por maior tempo em contato com o RN e a família. Por outro lado, destacava também que o cuidado técnico dispensado pelo profissional de enfermagem não substituiria o carinho, o zelo e a presença da família na hospitalização do RN.

Em relação ao conhecimento e implantação da Política Nacional de Humanização pelos profissionais de saúde, não existiu uma explanação sistemática do que vem a ser a política e suas diretrizes. Pelo contrário, ao serem questionados esses profissionais perguntaram sobre o papel do Ministério da Saúde, que deveria informar, orientar e treinar as práticas de saúde. Outro aspecto relatado por um dos entrevistados apontava que as ações de saúde realizadas na UTIN, com o foco de assistência voltado à PNH, ainda se fazia seguindo protocolos e normas instituídos, o que provavelmente poderia engessar as condutas e ações dos profissionais. Mas, apesar disso, ainda a UTIN aparece como um espaço diferenciado dentro da instituição, sendo efetivados os cuidados voltados para humanização da assistência através de cursos

que são ministrados por diferentes profissionais, com vários saberes e vários olhares para as ações realizadas, politizando e dinamizando, assim, a assistência prestada. Outra ação citada pelos profissionais são aquelas que visam o acolhimento e o conforto da família na unidade, através de medidas que permitiam a visita aberta, o agrupamento dos cuidados prestados pelos profissionais ao RN, assim como a redução dos estressores ambientais que potencializam a piora clínica do RN.

Enfim, apesar de algumas concepções discordantes, na maioria das vezes, há uma compreensão por parte dos profissionais da necessidade de humanização na UTIN e também do envolvimento da família. Entretanto, esta compreensão não se filia ao conhecimento da PNH como última proposta encabeçada pelo Ministério da Saúde, muito pelo contrário, inclusive há uma postura passiva e de algum desinteresse no que toca à condução pelo Ministério.

De fato, a concepção de humanização e envolvimento da família provém mais de uma política anterior, do Método Canguru, cuja prática é avaliada como positiva, apesar de seu desmantelamento. Nesse sentido, parece que muito do desinteresse pode decorrer da descontinuidade das políticas que propõem a humanização, da falta de capacitação, mas, principalmente, da falta de recursos humanos e materiais para colocá-las e mantê-las em prática.

Do ponto de vista das práticas estudadas, revelaram-se fragmentadas e baseadas em conhecimentos de núcleos de saber disciplinares próprios a cada profissão (muitos dos quais reduzidos ao saber biomédico), restando aos profissionais “do psíquico e do social” intermediarem as ações de humanização, reduzidas ao acolhimento dos familiares. Os saberes do “campo interdisciplinar” parecem ter pouco espaço para emergir e constituir novas práticas.

Para modificar o modelo médico hegemônico na UTI estudada, também deverão ocorrer mudanças nas condutas exercidas por todos os profissionais de saúde, onde os mesmos possam enxergar que fazem parte de uma instituição de ensino e que, portanto, é possível a construção de um novo espaço que possibilite a troca de saberes e de condutas, permeando uma assistência integral, já que algumas posturas humanizadas foram encontradas no perfil técnico-assistencial da maioria dos

profissionais. É importante também que essa UTIN tenha como prática diária treinamentos e qualificação dos profissionais de saúde para conseguirem lidar com o complexo mundo do RN prematuro e de sua família.

Além disso, não foram observadas ou reveladas explicitamente áreas de conflito entre os profissionais e somente alguns o fizeram a respeito da relação com a clientela e, particularmente, com a família. Possíveis conflitos podem ser sugeridos pela separação das práticas que ocorrem, principalmente entre médicos e enfermeiras. O mesmo acontece em relação às críticas à instituição, exceto algumas sobre a falta de recursos, mais para justificar a pequena adesão às práticas conhecidas como humanizadas. É de se pensar se o fato de tratar-se de uma instituição pública universitária de renome não poderia favorecer uma atitude, por parte de seus profissionais, de não questionamento e aceitação do caráter individualista das atuações.

Por fim, deve-se destacar que a relação usuário-profissional de saúde tem uma representação na atualidade, dominada pelo poder de saber ao sofrimento e perda, e dor e morte. O lidar com o binômio dor-morte é privativo do profissional de saúde (e, mais fortemente, do médico) que requer a sujeição e dependência do usuário/doente para efetivar seu domínio e, no modo de produção capitalista, realizar um determinado consumo de serviços e produtos. Dessa forma, a autonomia do usuário/doente não é bem-vinda, mesmo havendo evidências de aumentar a eficácia dos tratamentos, como é o caso da participação da família no cuidado do RN de alto risco.

Nesse sentido, talvez, um dos elementos principais a serem desenvolvidos na PNH seja sua articulação com o controle social do SUS, propondo estratégias que colocam os usuários como detentores do direito de participar mais diretamente do controle e da promoção de sua saúde.

7 REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. A. G. **Considerações sobre o desenvolvimento psicoafetivo do bebê pré-termo**. Brasília: LGE, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos em saúde mental**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BRASIL. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Ministério Público Federal**, Brasília, 13 de julho de 1990.

_____. Conselho Nacional de Secretaria de Saúde. **As conferências nacionais de saúde**: evolução e perspectivas/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **A lei orgânica da saúde**: texto resumido e comentado. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

_____. _____. _____. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso método mãe-canguru**: manual do curso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. _____. **Cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília, 2004.

_____. _____. Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança. **PAISC**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Área técnica de saúde da mulher: parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BUUS-FRANK, M. Nurse versus machine: slaves or masters of technology? **Journal Gynecol Neonatal Nurs**, v. 28, n. 4, p. 443-55, Jul./Aug. 1999.

CABRAL, I. E. **Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança-bebê**: concepções de estudantes e mães no espaço acadêmico de enfermagem. Rio de Janeiro: Ed. Escola de Enfermagem Anna Nery, 1999.

CAETANO, L. C. **Vivendo no método canguru**: a tríade mãe-filho-família. 2004.132f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2004.

CARVALHO, M. R. **Método mãe-canguru de atenção ao prematuro**. Rio de Janeiro: BNDS, 2001.

CARVALHO, M.; GOMES, M. A. S. M. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. **J Pediatría**. Rio de Janeiro, v.81, n.1, p. 111-118, 2005.

CECCIM, R; CARVALHO, P. **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre: Editora Universitária, 1997.

COLLET, N. **Manual de enfermagem em pediatria**. Goiânia: AB, 2002.

COSTA, R. Cuidado ao recém-nascido de risco e sua família. In: KALINOWSKI, R. (Org.). **Programa de atualização em enfermagem: saúde da criança e do adolescente: PROENF**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2006. p.9-47.

COSTA, R.; MONTICELLI, M. O método mãe-canguru sob olhar problematizador de uma equipe neonatal. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n.4, p.578-82, 2006.

CUNHA, M. L. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. **Rev Gaúcha de Enferm**, v.21, p. 70-83, 2000.

FERREIRA, J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saúde e Sociedade**, v.14, n.3, p.111-18, 2005.

FIELD, T.M. Interventions for premature infants. **Journal Pediatric**, v.109, p.183-91, 1986.

GAIVA, M. A. M. **Organização do trabalho na assistência ao prematuro e família em uma UTI neonatal de Cuiabá – MT**. 2005. Tese de Doutorado. Escola de Ribeirão Pedro – USP. 47

GOMES, G. C.; ERDMANN, A. L. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n.1, p.20-30, set. 2005.

GUIMARÃES, G. P.; MONTICELLI, M. A formação do apego pais/ recém-nascido pré-termo e ou/ de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. **Texto Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 626-35, out. 2007.

HENNIG, S. et.al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método Canguru e cuidado centrado na família: correspondências e especificidades. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 835-852, 2010.

LAMY, Z. C. et .al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: a proposta brasileira. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Maranhão, v. 10. n. 3, p.659-88, 2005.

LEVIN, A. Humane Neonatal Care Initiative. **Acta Pediatric**, v. 88, n.4, p. 353-5, Apr. 1999.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva , 2002.

MATHELM, C. **O sorriso da Gioconda**: clínica psicanalística com bebês prematuros. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

MERHY, E. E. (Org.). **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadores de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar**: uma etnografia de alojamento conjunto. [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; UFSC, 2003.

MOREIRA, M. E. L. (Org.). **O recém-nascido de alto risco**: teoria e prática do cuidar. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA, J. P (Org.) **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do sistema único de saúde (SUS)**. Brasília: OPAS, 1997.

OLIVEIRA, M. M. C. et al. Tecnologia, ambiente e interações na promoção da saúde ao recém-nascido e sua família. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 44-52, 2009.

PINHO, L. B.; SANTOS, S. M. A. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional de enfermeiro. **Revista de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p.66-72, 2008.

QUINIO, U. Y. Alimentar, ser alimentado em UTI neonatal .In: Wanderley, D. B. (Org.). **Agora eu era o rei**: Os entraves da prematuridade. Salvador: Ágalma, 1999.

GOMES, A. L. H. A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v.2, n.2, dez. 2004.

REICHERT, A. P. S et al. Humanização do cuidado da UTI neonatal. **Revista Eletrônica Enfermagem**, Goiânia, v.9, n.1, p.200-13, jan./abr. 2007.

ROCHA, S. M. M. R.; LIMA, R. A. G.; SCOCHI, C. G. S. Assistência integral à saúde da criança no Brasil: Implicações para o ensino e a prática da enfermagem pediátrica. **Saúde e Sociedade**, v.6, n.1, p.25-52, 1997.

ROLIM, K. M. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.14, n.1, p. 85-92, 2006.

SANTOS FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde – PNHS: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.999-1010, 2007.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E .B.; GOMES, R. S. A política nacional de humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface – Comunicação Saúde, Educação**, v.13, supl.1, p. 603 -13, 2009.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

SCOCHI, C. G. S et al. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p.539-43, 2003.

SELLTIZ, C. et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1975.

SILVA, L. J.; SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M. M. Tecnologia e humanização na unidade de terapia intensiva neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.3, p. 684-89, 2009.

SILVA, L. J.; CHRISTOFFELL, M. M.; SOUZA, K. V. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.4, p. 585-93, 2005.

SOUZA, S. D. H et al. Assistência integral à família de prematuros nascidos em um hospital universitário. **Revista Estação**, Londrina, 2002. Disponível em: < <http://www.proex.uel.br>>. Acesso em: 01 nov. 2008.

SOUZA, K. M. O.; FERREIRA, S. D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 471-80, 2010.

SQUASSANTE, N. D.; ALVIM, N. A. T. Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: Implicações para o cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n.1, p.11-17, 2009.

TAMEZ, R. N.; SILVA M. J. P. **Enfermagem na UTI Neonatal**: assistência ao recém-nascido de alto Risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TAMEZ, R. N.; **Intervenções no cuidado neuropsicomotor do prematuro**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TAVARES, A. S.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Atenção e cuidado à família do recém-nascido em unidade neonatal: Perspectivas da equipe de saúde. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.5, n. 2, p.193-203, 2006.

THOMAZ, A. C. P. et AL. Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. **Estud. Psicol.** (Natal) v.10, n. 1, 2005.

TOMA, S. T.; VENÂNCIO, S. I.; ANDRETTO, D. A. Percepção das mães sobre o cuidado do bebê de baixo peso antes e após implantação do Método Mãe-Canguru em hospital público da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 3, p.297-307, 2007.

WINNICOTT, D. W. Preocupação materno-primária. In: _____. **Textos selecionados da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

WONG, D. L (Org.). **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

ANEXO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 29 de março de 2010.

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof. (a) Luiz Henrique Borges
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **"O lugar da família no cuidado ao recém-nascido de risco: práticas assistenciais em saúde na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal de um Hospital Público"**.

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. 021/10 intitulado: **"O lugar da família no cuidado ao recém-nascido de risco: práticas assistenciais em saúde na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal de um Hospital Público"** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 24 de março de 2010.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra "c".

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Ethel", written over a circular stamp.

Prof^a Dr^a Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFF

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Prezado (a) Senhor (a)

Venho solicitar sua colaboração em participar da minha pesquisa que tem como temática “O lugar da família no cuidado ao recém-nascido de risco: práticas assistenciais em saúde na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) de um Hospital Público”. O objetivo é estudar as práticas assistenciais que envolvem o processo de humanização da assistência dentro da UTIN, especialmente no que diz respeito à participação da família.

A pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia (EMESCAM) e constará de entrevista gravada realizada pela pesquisadora. Logo após a transcrição dos dados, as fitas serão imediatamente destruídas.

Os dados coletados para a pesquisa serão utilizados em uma dissertação de mestrado e em publicações de revistas científicas.

A sua participação é espontânea e de caráter voluntário. As informações obtidas terão caráter confidencial, sendo resguardada a privacidade dos entrevistados no momento da análise e apresentação dos dados.

Para esclarecimento de qualquer dúvida acerca da pesquisa, entrar em contato com o pesquisador coordenador da pesquisa Dr. Luiz Henrique borges pelo telefone (27) 99693097

Quaisquer questões relacionadas a aspectos éticos dessa pesquisa poderão ser informadas também junto ao Conselho de Ética em Pesquisa da UFES, pelo telefone (27)33357211

Esperando contar com sua valiosa colaboração, antecipo meus agradecimentos pela atenção dispensada.

Pesquisadora: Aline Lomes Dibai
TEL (contato): 33293008/ 99092638

_____, estou de acordo com os termos deste documento e aceito participar da pesquisa.

Vitória, ____/____/____

Assinatura: _____ RG: _____

APÊNDICE B – Instrumento de pesquisa aplicado aos profissionais.**CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE PROFISSIONAL**

- 1) Nome:
- 2) Setor:
- 3) Sexo:
- 4) Idade:
- 5) Estado civil:
- 6) Religião:
- 7) Categoria profissional:
- 8) Carga horária semanal:
- 9) Turno: () Matutino () vespertino
- 10) Tempo na Instituição:
- 11) Especialização:

ROTEIRO UTILIZADO PARA ENTREVISTAR A EQUIPE PROFISSIONAL

- 12) Descreva o processo de trabalho na UTIN: O que você faz desde que entra na Unidade? Quais são suas tarefas, depende de quem para realizá-las?
- 13) Você conhece a Política Nacional de Humanização (PNH)? O que conhece dela?
- 14) Como você descreve prestar uma assistência humanizada?
- 15) Você acha importante a presença da família do recém-nascido prematuro na Unidade? Por quê?