

**Universidade Estadual do Centro-Oeste**  
**Campus Universitário de Irati**

**DIULIA GOMES KLOSSOWSKI**

**ASSISTÊNCIA AO RECÉM- NASCIDO PREMATURO: PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA  
E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**IRATI/PR**

**2015**

**DIULIA GOMES KLOSSOWSKI**

**ASSISTÊNCIA AO RECÉM- NASCIDO PREMATURO: PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA  
E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós -  
Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento  
Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-  
Oeste, Campus de Irati/PR, inserido na linha de  
pesquisa: Processos do desenvolvimento humano nos  
contextos comunitários, para a obtenção do título de  
Mestre em Desenvolvimento Comunitário.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristina Ide Fujinaga

Co-orientador: Prof. Dr. Cesar Rey Xavier

**IRATI/PR**

**2015**

Catálogo na Fonte  
Biblioteca da UNICENTRO

K66 KLOSSOWSKI, Diulia Gomes.  
Assistência ao recém-nascido prematuro: percepção da família e dos profissionais de saúde. -- Irati, PR : [s.n], 2015.  
106f.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Cristina Ide Fujinaga  
Coorientador: Prof. Dr. Cesar Rey Xavier  
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós -Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, linha de pesquisa: processos do desenvolvimento humano nos contextos comunitários.

1. Medicina - pediatria. 2. Dissertação. I. Fujinaga, Cristina Ide. II. Xavier, César Rey. III. UNICENTRO. IV. Título.

CDD 20 ed. 618.92



## Universidade Estadual do Centro-Oeste

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444, de 8 de agosto de 1997

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR**  
**EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO**

### TERMO DE APROVAÇÃO

**DIULIA GOMES KLOSSOWSKI**

#### **ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO: PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação aprovada em 27/03/2015 como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela seguinte banca examinadoras:

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristina Ide Fujinaga  
Instituição: UNICENTRO

Prof. Dr. César Rey Xavier  
Instituição: UNICENTRO

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Élia Cláudia de Souza Almeida  
Instituição: UFTM

Home Page: <http://www.unicentro.br>

**Campus Santa Cruz:** Rua Salvatore Renna – Padre Salvador, 875 – Cx. Postal 3010 – Fone: (42) 3621-1000 - FAX: (42) 3621-1090 – CEP 85.015-430 – GUARAPUAVA – PR

**Campus CEDETEG:** Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Fone/FAX: (42) 3629-8100 – CEP 85.040-080 – GUARAPUAVA – PR  
**Campus de Irati:** PR 153 – Km 07 – Riozinho – Cx. Postal, 21 – Fone: (42) 3421-3000 – FAX: (42) 3421-3067 – CEP 84.500-000 – IRATI – PR

## *Dedicatória*

*Dedico esse trabalho aos meus pais **Cleomar e Rosângela**, por me incentivarem sempre nessa caminhada e por mostrarem que o caráter e a humildade são essenciais para consolidar os nossos objetivos. Obrigada pelo apoio constante. Obrigada por pelos sacrifícios e renúncias. Obrigada por me tornarem quem eu sou. Terão minha gratidão eterna.*

## *Agradecimentos*

Agradeço primeiramente a **DEUS**, sem o qual não chegaria até aqui. Obrigada pelas inúmeras bênçãos em minha vida e pelo auxílio sempre que necessitei. Gratidão eterna.

Aos meus pais, **Cleomar e Rosângela**, por estarem ao meu lado comemorando cada conquista. Vocês sempre serão um exemplo para mim. Amo vocês!

Aos meus irmãos, **Maiane e Lenon**, pelo apoio e paciência.

Ao meu marido, **Mizael**, pelo amor, incentivo, companheirismo e apoio constante em todos os momentos. Você faz parte dessa conquista. Obrigada por fazer diferença em minha vida.

A todos da minha **família** que torceram por mim a cada conquista.

A minha orientadora **Cristina**. Obrigada pela presença constante e comprometimento para me ajudar na realização desse trabalho. Obrigada por todos os conselhos, ensinamentos e oportunidades que me concedeu. Agradeço pela formação crítica, pelo exemplo profissional e crescimento pessoal nessa caminhada, e também por fortalecer em mim o olhar diferenciado ao ser humano. Obrigada pelo carinho, incentivo e apoio, e, principalmente, por ser você a dividir essa conquista comigo.

Ao meu co-orientador, professor Doutor **Cesar Rey Xavier**. Obrigada pelas aulas maravilhosas e pelas ótimas contribuições que auxiliaram na realização desse trabalho.

A Professora Doutora **Élia Cláudia de Souza Almeida**, que com toda atenção auxiliou com oportunas sugestões para o aprimoramento do trabalho. Obrigada pelos conhecimentos compartilhados.

Aos meus **colegas** do mestrado pelo aprendizado, em especial a **Priscila Molinari Mello Franco** e **Marcia Ansolin** pela amizade construída, pelas risadas, pelo carinho e pelo apoio nos momentos que precisei.

Aos professores do mestrado que, com as aulas, contribuíram para crescimento do trabalho.

As minhas colegas do grupo de pesquisa, **Amanda Breda, Camila Trombetta, Cleomara Salla, Fernanda Roberta Silva, Isabella Karina Karkow, Josiane Cristina Chaves, Laís Foltran, Paola Lurian Silva, Paula Pankiw, Thais Fernanda Landowsky, Tayna Olenka e Vanessa Cristina Godoi**, pela amizade e por dividir o conhecimento de vocês, que com toda certeza auxiliaram em minha maturidade profissional e na realização desse trabalho.

A todos os profissionais e famílias que participaram dessa pesquisa. Obrigada pela contribuição nesse estudo.

## RESUMO

KLOSSOWSKI, D.G. **Assistência ao recém-nascido prematuro: percepção da família e dos profissionais de saúde.** 2015, 106f. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual do Centro-Oeste. Irati/PR, 2015.

O nascimento prematuro e suas complicações são as principais causas das mortes neonatais e outras morbidades (paralisia cerebral, deficiências cognitivas, auditivas e de aprendizagem). Visando prevenir e reduzir a gravidade das comorbidades, o Ministério da Saúde do Brasil adota como Política Pública a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru- MC). O Método é realizado em três etapas, sendo que as duas primeiras se concentram no ambiente hospitalar e a terceira etapa é o acompanhamento ambulatorial. O objetivo geral do presente estudo foi compreender a forma como ocorre a assistência ao recém-nascido prematuro, conforme preconiza a política pública de saúde, Método Canguru, a partir da percepção da família e profissionais de saúde. Trata-se de um estudo de cunho qualitativo. Foram entrevistados dezoito profissionais de saúde e seis famílias. Os locais de entrevista com os profissionais foi na Secretaria Municipal de Saúde, no Consórcio Intermunicipal de Saúde e no Hospital Santa Casa de Irati/PR. As famílias foram entrevistadas neste último estabelecimento. As entrevistas foram encerradas a partir da saturação das respostas. A análise das entrevistas foi a partir da análise de conteúdo, modalidade temática. Emergiram os seguintes núcleos temáticos das entrevistas com os profissionais: Descompasso na comunicação entre os serviços de saúde e as famílias; A fragmentação do cuidado ao prematuro e as famílias; Contradições entre as práticas profissionais e a política pública instituída. Já para as famílias, os núcleos temáticos foram: Valorização do cuidado hospitalocêntrico; Assistência centrada nos indicadores físicos do desenvolvimento do prematuro. Os discursos nos remetem a uma comunicação superficial e pautada em técnicas médicas como sendo o necessário à gestante e ao bebê. A família e o bebê recebem um cuidado fragmentado, centrado na doença, e não integralmente conforme preconiza a política. Houve relatos concisos sobre a política, observamos que os profissionais desconhecem o que ela preconiza, e valorizam a atenção e cuidado hospitalar. Em decorrência disso, ocorrem contradições entre as práticas profissionais e o que está instituído na política. A formação dos profissionais de saúde não acompanhou a mudança do paradigma no cuidado, e está afastada da forma de um cuidado integral. O que se percebe é uma formação insuficiente para as transformações instituídas na prática. A valorização do cuidado hospitalar ficou marcado nas falas das famílias. O bebê recebe uma assistência básica, de pesagem e vacinação e atendimento médico. Não há o cumprimento da política pública e a existência de um serviço e de profissionais que garantam ações conjuntas e eficientes no cuidado com o bebê e a família.

**Palavras chave:** prematuro; assistência à saúde; família; profissional de saúde; pesquisa interdisciplinar, desenvolvimento da comunidade.

## ABSTRACT

KLOSSOWSKI, D.G. **Premature newborn care: perception of family and health professionals**. 2015, 106f. Dissertation (Master). Universidade Estadual do Centro-Oeste. Irati/PR, 2015.

Premature birth and its complications are the leading causes of neonatal deaths and other diseases (cerebral palsy, cognitive disabilities, hearing and learning). To prevent and reduce the severity of comorbidities, the Ministry of Health of Brazil adopts the Public Policy Humane Care Standard of the Newborn Low Birth Weight (Canguru- Method MC). The method is carried out in three stages, with the first two focus on the hospital and the third step is the followup. The overall objective of this study was to understand how is the premature care newborn, as recommended by the public health policy, Canguru- Method MC, from the perception of the family and health professionals. This is a qualitative nature study. Were interviewed eighteen health professionals and six families. The interview with local professionals was the City Health Department, the Intermunicipal Consortium of Health and the Hospital Santa Casa de Irati / PR. The families were interviewed in the latter category. The interviews were closed from the saturation of answers. The data analysis was from the content analysis, thematic modality. The following core themes emerged from the interviews with professionals: Mismatch in communication between health services and families; The fragmentation of care of premature and families; Contradictions between the professionals and the established public policy practices. As for the families, the central themes were: the hospital-centered care Valuation; Assistance focused on physical indicators of early development. The speeches remind us of a surface communication and guided by medical techniques as necessary to the mother and baby. The family and the baby receive fragmented care focuses on disease, not fully as recommended by the policy. There was concise reports of political, we observed that the professionals do what it calls, and value the care and hospital care. As a result, there are contradictions between the professional practices and what is established in the policy. The training of health professionals did not follow the paradigm shift in care, and is spaced from the form of a comprehensive care. What we see is a lack of training for the transformations imposed in practice. The appreciation of hospital care was marked in the speeches of families. The baby receives basic assistance, weighing and vaccinations and medical care. There compliance with public policy and the existence of a service and professionals to ensure joint and efficient actions in the care of the baby and the family.

**Keywords:** premature; health care; family; health care professional; interdisciplinary research, community development.

## SUMÁRIO

Resumo	
Apresentação .....	10
1. Introdução .....	12
1.1 Breve histórico da assistência à infância.....	15
1.2 Panorama da assistência à saúde das gestantes e bebês e a prematuridade como problema comunitário na cidade de Irati/PR.....	27
2. Objetivo Geral .....	42
2.1 Objetivos Específicos .....	42
3. Método .....	43
4. Resultados e Discussão .....	47
4.1 Fluxograma do serviço de saúde em Irati/PR.....	47
4.2 Descompasso na comunicação entre os serviços de saúde e as famílias .....	55
4.3 A fragmentação do cuidado ao prematuro e as famílias .....	60
4.4 Contradições entre as práticas profissionais e a Política Pública.....	77
4.5 Valorização do cuidado hospitalocêntrico .....	82
4.6 Assistência centrada nos indicadores físicos do desenvolvimento dos prematuros .....	85
5. Considerações finais .....	90
6. Referências .....	92
7. Apêndices.....	100
8. Anexos .....	102

## *APRESENTAÇÃO*

Finalizei minha graduação em 2012 no curso de Fonoaudiologia, pela Universidade Estadual do Centro-Oeste, na cidade de Irati/PR.

Visando a continuação de meus estudos ingressei no Mestrado Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, na mesma Universidade que citei acima, tendo como minha orientadora, a professora Dr<sup>a</sup> Cristina Ide Fujinaga.

O primeiro ano de pós-graduação foi marcado cumprimento dos créditos em disciplinas, as quais foram selecionadas no intuito de agregar valor aos meus conhecimentos.

Algumas das disciplinas foram particularmente marcantes devido as suas peculiaridades, tais como: *Produção do Conhecimento Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário e Projeto de Investigação Exploratória na Comunidade (PIEC)*, esta última revelou-se como uma inovação no Mestrado, pois agregava a participação dos alunos de diferentes áreas em atuação em campo. Durante a mesma várias questões ficaram explícitas como as divergências entre a teoria da interdisciplinaridade e sua aplicação prática.

Outra disciplina marcante foi a de *Seminários de Pesquisa*, pelo seu formato e contribuição. Nela os projetos foram amplamente discutidos e as sugestões viáveis acatadas. Além destas, desenvolvi o Estágio de docência e participei de grupos de pesquisa. Ambas as experiências muito enriquecedoras.

Considero esse trabalho coletivo, pois contou com a colaboração de vários profissionais, pelos professores e pelo grupo de pesquisa. Portanto, o pronome pessoal usado será na primeira pessoa do plural a partir desse momento.

Diante disso, pretendemos mostrar a importância da assistência integral ao recém-nascido prematuro, visando aos bebês e sua família, tendo em vista seu desenvolvimento global e social, e, além disso, contribuir com uma nova perspectiva da comunidade com estas crianças.

O estudo foi apresentado em capítulos, iniciando com o histórico da assistência à infância, no qual nos referimos ao panorama histórico da saúde e das políticas públicas, do surgimento do SUS e das políticas públicas voltadas à infância; sobre o panorama da assistência na cidade de Irati/PR e a prematuridade como problema comunitário na cidade e a política pública atual para a assistência integral ao recém-nascido, visando à humanização na assistência.

Na metodologia descrevemos o tipo de pesquisa, a população de estudo e a amostra, como também, a forma de análise e aspectos éticos.

Em seguida, apresentamos os resultados obtidos através das entrevistas com os profissionais de saúde e as famílias, bem como a discussão dos mesmos e encerramos com as considerações finais sobre o assunto, ressaltando as problematizações realizadas.

## 1. INTRODUÇÃO

Nos países em desenvolvimento, a prematuridade é considerada um problema de saúde pública, devido ao alto índice de morbimortalidade infantil (TORATI, 2011). O prematuro necessita de cuidados especializados para sua sobrevivência, o que se torna um desafio aos pais e para o próprio bebê. O ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal pode ser um dos responsáveis pelo desenvolvimento de morbidades, o que poderá comprometer o processo de desenvolvimento e crescimento infantil (RODARTE *et al*, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a idade gestacional do recém-nascido em: pré-termo ou prematuro é o bebê que nasce com menos de 37 semanas completas de gestação, ou com menos de 259 dias; o recém-nascido a termo é aquele que nasce entre a 37<sup>a</sup> e 41<sup>a</sup> semanas e seis dias, e o pós-termo é o bebê que nasce com 42 semanas ou mais de idade gestacional. Com relação ao peso ao nascimento, a OMS concebe como extremo baixo peso (EBP) os neonatos com peso menor que 1.000 gramas; já os de muito baixo peso (MBP) os que têm peso menor que 1.500 gramas, e ainda, os de baixo peso (BP) com menos de 2.500 gramas (TORATI, 2011).

O nascimento prematuro e suas complicações são as principais causas das mortes neonatais e outras morbidades (paralisia cerebral, deficiências cognitiva, auditiva e de aprendizagem), porém muitas destas condições graves podem ser prevenidas ou reduzidas. As práticas de promoção ao aleitamento materno são essenciais para diminuir as mortes neonatais (WHO, 2012).

Com isso, observamos que os bebês necessitam de um cuidado diferenciado e integral. E então, a fim de garantir atendimento eficaz, há necessidade de envolver diferentes profissionais, ou seja, teoricamente, é inevitável que a interdisciplinaridade ocorra. Entretanto, há dúvidas se tal interdisciplinaridade ocorre na prática. Segundo Morin (2003) os saberes fragmentados e a hiperespecialização levam a deteriorização da visão global. O autor sugere que a capacidade de perceber o contexto e o complexo se perderam e, como o próprio autor afirma, gera

também “a ignorância e a cegueira” (MORIN, 2003, p. 15). Santos (1988) nos indica que nosso olhar sobre os fenômenos deve ser sempre voltado para o olhar interdisciplinar, pois os fenômenos se configuram como interdisciplinares.

O modo de conceber o indivíduo, com uma visão integral, é um caminho ainda com dificuldades, pois esbarramos em vários obstáculos para que isso torne concreto. A formação do profissional de saúde é disciplinar, e, portanto, a interdisciplinaridade também não é realidade nos serviços de saúde. Outra questão relevante é a cultura, pois os hábitos culturais interferem nas ações, para promoverem mudança ou não.

Repensando sobre o modelo de saúde instituído, percebemos que o modelo de atenção se volta para o biológico, e com vistas a esse modo de cuidado, houve uma reestruturação nas políticas públicas, que possibilitou a criação da Portaria nº 693, de 05 de julho de 2000, em que o Ministério da Saúde institui o Método Canguru, uma política pública voltada para os bebês prematuros (BRASIL, 2000).

A política pública instituída preconiza uma nova forma de cuidado, não mais aquela centrada em procedimentos técnicos e no aspecto biológico, mas sua intenção é promover mudança na concepção de cuidado com esses bebês, em que se abre espaço para a humanização e a uma assistência integral para a família e para o prematuro.

Segundo Lamego *et al* (2005) o cuidado ao recém prematuro deve proteger a criança, em sua recuperação e desenvolvimento. Por este viés é necessário repensar o modelo de atendimento prestado a esses bebês, “visando a humanização da assistência” (LAMEGO *et al* , 2005, p.670).

Os prematuros são crianças que necessitam de acompanhamento integral de seu desenvolvimento. Surge a necessidade de conhecer como as práticas dos profissionais envolvidos na assistência vêm cumprindo com as normas estabelecidas para a atenção integral ao prematuro, conforme política pública, para que assim, torne-se possível suprir as necessidades que a díade, mãe-bebê requerem.

A escolha da proposta de pesquisas recaiu sobre os prematuros pelo fato da cidade de Irati/PR apresentar grande prevalência de bebês pré-termo. De acordo com o Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC), no ano de 2011, Irati/PR apresentou índice de 8,72% de prematuros, sendo maior que o estado do Paraná, com índice de 7,23%, e da capital do estado, Curitiba, com índice de 7,34% de prematuridade (BRASIL, 2014a).

Diante disso, surgiu à necessidade de compreender a organização do acompanhamento ao prematuro, bem como a logística do acompanhamento ao prematuro, bem como da equipe na prestação desse serviço para a díade, mãe-bebê, considerando como efetivamente parte de um problema da comunidade local.

## 1.1 *BREVE HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA*

Devido à importância do contexto em que hoje assistimos a infância, consideramos pertinente realizar um breve histórico da assistência à saúde infantil.

O século XX foi marcado por uma época em que se ascenderam os direitos das mulheres, dos idosos, das minorias étnicas, das pessoas especiais e das crianças, caracterizando um avanço na sociedade, pois até então não haviam políticas públicas direcionadas às crianças (MELLO, 2007).

Historicamente, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2011b), as políticas públicas de saúde voltadas para as crianças foram desenvolvidas ainda na metade do século XX.

Ressaltamos que a atenção a saúde da criança nem sempre foi contemplada, historicamente. Por volta do século XIX, a proteção a criança era vista pelo viés cristão, como dever moral e dever das mães, que em sua falta pudesse ser suprido por outros indivíduos em forma de caridade. A criança era considerada naquela época como um ser desvalorizado, fútil e desmerecedor de determinados estudos (TRINDADE, 1999).

Nos tempos passados, os pais detinham o completo poder sobre os filhos, em que era permitido matá-los e vendê-los. Crianças que apresentavam deformidades físicas ou a pobreza da família eram determinantes para que houvesse o abandono e morte. Era permitido que os bebês com anormalidades fossem mortos, atirados ao mar ou até mesmo queimados, pois havia a crença que as deformidades trouxessem azar para os membros da família e até mesmo para a comunidade. Além disso, o aborto e o infanticídio eram práticas comuns e permitidas (OTENIO; OTENIO; MARIANO, 2008).

Na época do regime higienista, a mortalidade das crianças brancas recebiam atenção para ser combatida, mesmo atingindo outras raças. Já era manifestada a diferença no tratamento entre a raça branca e negra bem como entre o sexo masculino e feminino. A criança de raça branca, após nascer até os seis anos de

vida, era entregue a ama-de-leite. A criança negra sobrevivia com dificuldades, e poucas resistiam (TRINDADE, 1999).

Nos anos 90, a proteção integral às crianças e aos adolescentes, foi revista pela Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU), pois a exclusão do jovem foi vista como preocupante, havendo a necessidade de proporcionar a essa geração novas perspectivas (MENDONÇA, 2002).

O primeiro programa de proteção à maternidade, à infância e à adolescência foi fundado no ano de 1937/ 1945. As ações que eram realizadas pelo programa eram coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES). Com o passar do tempo, o presidente Getúlio Vargas, por intermédio da assinatura do Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940, criou o Departamento Nacional da Criança (DNCr) e, então, as atividades passaram a ser coordenadas por este. Esse documento previa orientações para a prática nas esferas estaduais e municipais, com serviços públicos e privados voltados a essa população. Com isso o DNCr promoveu a assistência materno-infantil, voltando-se à maternidade, infância e adolescência, tendo como foco atendimento a díade mãe-filho visando diminuir a mortalidade infantil (BRASIL, 2011b).

Posteriormente a esse processo, conforme Brasil (2011b) houve o desmembramento do Ministério de Educação e Saúde. Em 25 de julho de 1953, instituiu-se o Ministério da Saúde, o qual passou a assumir as ações que antes era de responsabilidade do DNCr. Então, o DNCr foi destituído em 1969, e com isso, em 1970 foi criada a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI). A CPMI era vinculado à Secretaria da Assistência Médica, com o objetivo de “planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, conforme Decreto nº 66. 623, de 22 e maio de 1970” (BRASIL, 2011b).

No ano de 1975, foi instituído o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, cuja finalidade era diminuir a morbidade e mortalidade da mulher e da criança, por meio de recursos financeiros, melhora na infraestrutura de saúde, nas informações, estímulo ao aleitamento materno, garantia de alimentação adequada para a mãe e

filho, prevenindo a desnutrição, aumento da atenção prestada às mães durante a gestação, o parto, o puerpério e à criança menor de cinco anos de idade (BRASIL, 2011b).

O Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil envolvia seis subprogramas:

Assistência Materna; Assistência à Criança e ao Adolescente; Expansão da Assistência Materno-Infantil; Suplementação Alimentar; por meio do Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (PNS/INAN); Educação para a saúde; e Capacitação de Recursos Humanos (BRASIL, 2011b, p. 12).

No ano seguinte, em 1976, a Coordenação de Proteção Materno-Infantil passou a chamar-se de Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), que era vinculada à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. A DINSAMI passou a ser responsável, a nível central, pela assistência prestada à mulher, à criança e ao adolescente (BRASIL, 2011b).

Ao longo do tempo, somente a partir do ano de 1980, ocorreram novos marcos na história à infância. Em 1983, o Ministério da Saúde, por meio da DINSAMI, desenvolveu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC). Isso ocorreu com o objetivo de melhorar a saúde da mulher e da criança, para que a rede pública de serviços de saúde aumentasse a cobertura e a capacidade de resolutividade para com essa população (BRASIL, 2011b).

No ano seguinte, em 1984, devido aos agravos e problemas nesse grupo populacional, como resposta do setor saúde, o PAISMC se transformou em outros dois programas para a saúde da mulher e da criança que funcionavam integralmente: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Conforme Constituição Federal e o Sistema Único de Saúde (SUS), os programas tinham como objetivo reduzir a morbimortalidade infantil e materna bem como melhorar a assistência a saúde dessa população, por meio do aumento da cobertura e resolução pelos serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

De forma geral, conforme Brasil (2011b), as ações desses programas eram as seguintes:

- PAISM: Assistência pré-natal; prevenção da mortalidade materna; doenças sexualmente transmissíveis; assistência ao parto e puerpério; planejamento familiar; controle do câncer ginecológico e mamário e promoção ao parto natural.
- PAISC: Crescimento e desenvolvimento; controle das diarreias e desidratação; controle das infecções respiratórias agudas (IRA); prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso; prevenção de acidentes e intoxicações e assistência ao recém-nascido.

Os setores passaram por mais mudanças. Em 1990, a DINSAMI, passou a ser nomeada Coordenação de Saúde Materno-Infantil (CORSAMI), que tinha como objetivo prestar assistência a mulher e a criança a nível nacional, com a participação de diversos setores do Sistema Único de Saúde (SUS) deveriam participar. Essa assistência compreendia ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação nesse grupo. Porém, em 1996, a CORSAMI foi extinta através da Portaria nº 2.179, de 1º de novembro, concedendo o lugar à Coordenação de Saúde da Mulher e à Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente, sob comando da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b).

Em 1998, as coordenações foram substituídas pelas Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde do Adolescente e do Jovem. Nesse mesmo período o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), foi abolido e suas ações foram agrupadas pela Área Técnica de Saúde da Criança, que passou a denominar-se de Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM) (BRASIL, 2011b).

A relação de setores e programas, os quais desenvolveram as políticas públicas de atenção a saúde da criança ao longo desses setenta anos esta descrita no quadro abaixo (BRASIL, 2011b).

**Quadro 1:** Relação dos programas desenvolvidos pelas políticas públicas de atenção à saúde da criança no período de 1940 a 1998.

<b>Ano</b>	<b>Políticas Públicas desenvolvidas</b>
1940	Departamento Nacional da Criança (DNCR)
1953	Ministério da Saúde
1970	Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI)
1974	Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil
1976	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI)
1983	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC)
1984	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)
1990	Coordenação de Saúde Materno-Infantil (CORSAMI), Serviço de Assistência à Saúde da Criança
1998	Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM)

Fonte: Brasil (2011b)

Atualmente a ATSCAM é um setor do Ministério da Saúde, responsável por coordenar as políticas governamentais voltadas à saúde da criança de zero a nove anos de idade. São quatro linhas de cuidados priorizadas pelo ATSCM: Incentivo e Qualificação do Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento; Atenção a Saúde do recém-nascido; Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno e Prevenção de Violências e Promoção da Cultura da Paz (BRASIL, 2011b).

Nesses últimos setenta anos, surgiram no Brasil muitas leis e portarias, a fim de assegurar os direitos as crianças de 0 a 9 anos de idade. Em ordem cronológica, conforme Brasil (2011b) serão apresentados às principais legislações relacionadas às políticas públicas de saúde voltadas a criança, no quadro a seguir.

**Quadro 2:** Políticas Públicas de atenção a criança: Principais Legislações e objetivos

<b>Data</b>	<b>Documento Legal</b>	<b>Objetivo</b>
1953	- Convenção 103 da Organização Internacional do Trabalho	- Licença Maternidade.
1973	- Lei nº 6.202	- Imunização.
1975	- Lei nº 6.202	- Atividades domiciliares para as gestantes,

		parturientes, puérperas e família, a partir do 8º mês e durante 3 meses após o parto.
1981	- Portaria do MS nº 42, 198 e 298	-Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM).
1982	- Portaria do MS nº 42, 198 e 298	-Suplementação Alimentar, incentivo ao aleitamento materno e controle de doenças diarreicas.
1983	- Portaria Inamps/MS nº 18	-Permanência do bebê ao lado da mãe, por 24 horas por dia, através do Sistema de Alojamento Conjunto em hospitais públicos e conveniados.
1986	- Portaria do Ministério da Educação (MEC)	-Obrigatório Alojamento Conjunto em Hospitais Universitários.
1988	- Conselho Nacional de Saúde, Norma para Comercialização de alimentos para lactantes (resolução nº 5)	-Norma de comercialização dos substitutos do leite materno.
1988	- Portaria MS nº 321	-Creches direito das crianças.
	- Portaria MS nº 322	-Banco de leite humano.
1990	- Lei Federal nº 8.069	-Estatuto da Criança e do Adolescente – Direito da criança e do adolescente à vida e a saúde.
1992	- Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 31)	-Norma de comercialização dos substitutos do leite materno, incluindo um item específico de mamadeiras e bicos.
1993	- Portaria MS/GM nº 1.016	-Normas para implantação do Alojamento Conjunto.
1994	- Portaria SAS/ Ms nº 155	-Estabelecido as diretrizes e normas para a instituição Hospital Amigo da Criança.
	- Portaria MS nº 1.113	-Pagamento de 10% a mais sobre o parto nos hospitais Amigo da Criança , vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

	- CNS/MS nº 146	-Triagem Neonatal, rastreamento precoce para diagnóstico de fenilcetonúria e hipotiroidismo congênito.
1996	- Portaria GM/MS nº 2.415	-Medidas de prevenção da contaminação pelo HIV pelo leite humano.
1998	- GM/MS nº 3.016	-Fundado o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para as gestantes de alto risco.
1999	-Portaria MS nº 50	-Coordenação de ações do Banco de Leite Humano em todo o Brasil.
	-Portaria MS nº 812	- Implantação do “Projeto da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano”.
	- Portaria GM nº 1.091	-Cuidados Intermediários Neonatais, com a unidade de cuidados intermediários neonatal no SUS para bebês de médio risco.
2000	- Portaria GM/MS nº 569, 570, 571 e 572	-Fundado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN, dando assistência ao parto e presença do pediatra na sala de parto.
	- Portaria GM nº 072	-Atendimento ao recém-nascido de baixo peso incluído na tabela de procedimentos do SIH/SUS.
	- Portaria GM/MS nº 693	-Instituído o Método Mãe Canguru.

2001	- Portaria MS nº 822	-Criado o Programa Nacional de Triagem Neonatal.
	- Portaria MS nº 1. 968	-A questão dos maus tratos contra as crianças ganhou o direito de comunicação em casos suspeitos.
	- Portaria MS nº 2.051	-Estabelecimento de novos critérios na Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactantes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e mamadeiras.
2002	- Portaria GM/MS nº 698	-Banco de Leite Humano recebe estrutura e normas de atuação e funcionamento.
	- Portaria GM/MS nº 2.014	-A transmissão vertical do HIV e da Sífilis foi contemplada pela criação no SUS do Projeto Nascer Maternidades.
	- Portaria GM/MS nº 938	-O registro civil de nascimento foi incentivado.
	- Portaria GM/MS nº 1.343	-Os atendimentos as gestantes de alto risco em hospitais de referência foram incluídos na tabela de procedimento do SIH/SUS.
2003	- Portaria GM/MS nº 728	-Prêmio Fernando Figueira destinado aos hospitais com atendimento pediátrico e incentivo ao aleitamento materno.

	- Portaria GM/MS nº 1.893	-Ao dia 1º de Outubro foi atribuído como dia Nacional de Doação de Leite Humano.
	- Portaria GM/MS nº 1.930	-Recebimento recursos pelos Estados para a fórmula infantil às crianças expostas ao HIV.
2004	- Portaria MS nº 1.117	-Aos estabelecimentos de saúde credenciados com Amigo da Criança, foi estabelecido os valores de remuneração.
	- Portaria SAS/ MS nº 756	-Estabelecido normas para a capacitação do Hospital Amigo da Criança.
	- Portaria MS nº 1.907	-Prêmio Nacional Bibi Vogel aos municípios que apresentaram ações inovadoras com relação ao aleitamento materno na sua promoção e proteção.
	- Portaria GM/MS nº 1.258	-Prevenção do óbito infantil com a criação de um Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Neonatal.
2005	- Portaria GM/MS nº 427	-Formada a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

	- Lei Federal nº 11.108- Portaria GM/MS nº 2.418	-Garantia as mães o direito da presença de uma acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto no SUS.
	- Portaria GM/MS nº 1.058	-Distribuição gratuita da Caderneta de Saúde da Criança.
	- Portaria nº 1.449	-Dado o direito de estabelecer os primeiros critérios para o monitoramento oficial da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos a Lactentes (NBCAL).
	- Portaria GM/MS nº 2.261	-Instalação e funcionamento de brinquedotecas.
2006	- Lei 11. 265	-Regulamentada a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância.
	- Resolução RDC nº 171	-O regulamento técnico para o funcionamento dos Bancos de Leite Humano.
	- Portaria MS nº 618	-Construção do Comitê Nacional de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde.
	- Portaria GM/MS nº 1.602	-A imunização foi efetuada pelo calendário de vacinação da criança, adolescente, adulto e idoso.
	- Portaria GM/MS nº 2.193	-Estrutura e funcionamento dos bancos de Leite Humano.

2007	- Lei nº 11.474	-Com relação à NBCAL, alteração das regulamentações estabelecidas na legislação anterior.
	- Portaria GM/MS nº 1.683	-O Método Mãe Canguru recebeu norma para sua implantação.
	- Portaria GM/MS nº 2.160	-Alteração no Comitê Nacional de Aleitamento Materno.
2008	- Lei 11. 770	-Direito a licença maternidade de seis meses.
	- Portaria GM/MS nº 2.799	-A Rede Amamenta Brasil foi criada.
	- Portaria SAS/MS nº 9	-Altera o oitavo critério para a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.
	- Portaria GM/MS nº 2.800	-Saúde perinatal foi contemplada com a criança da Rede Norte-Nordeste de Saúde.
	- RDC Anvisa nº36	-Institui o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.
2009	- Portaria MS nº 116	-Alimentação dos sistemas de informações em saúde, sobre óbitos e nascidos vivos.
	- Portaria MS nº 364	-A região do Nordeste e da Amazônia Legal foram atendidas, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil.
	- Portaria MS nº 2.394	-Nos dias 1º a 7 de agosto passou a acontecer a Semana Mundial da Amamentação no Brasil.
2010	- Portaria Anvisa nº 193- Nora Técnica Conjunta Anvisa/MS	-Instalação de salas destinadas à amamentação em empresas públicas e privadas, bem como a fiscalização desses espaços pelo órgão da Vigilância dos locais.

Fonte: Brasil (2011b)

Mesmo com todos os avanços ocorridos, devemos fazer uma reflexão em torno de quais crianças falamos atualmente e para quais crianças essas políticas de saúde são destinadas. Mello (2007) faz uma reflexão acerca do direito a infância que não é dado às crianças, pois o cotidiano de crianças de classe média alta é sobrecarregado de atividades como inglês, natação, música, dentre outros. Esse fato faz com que a infância, ao invés de ser um momento da vida do indivíduo que não precisa se preocupar com sua sobrevivência torne-se um tempo de “preparação para a vida produtiva”. Além disso, cada vez mais precoce, a criança começa a fazer parte do ensino da Educação Básica, havendo a crença de que possa antecipar o desenvolvimento psíquico da criança e promover a aceleração tecnológica, fazendo com que a infância esteja sendo diminuída (MELLO, 2007, p. 85).

Trindade (1999, p. 46) aponta que essa nova fase de atendimento a criança, em que a assistência é vista como imperceptível e a educação vem ganhando mais espaço, consolida o compromisso de “educar para o trabalho e pelo trabalho”, momento de cercear a infância e os momentos lúdicos que a permeiam, numa lógica capitalista, de nesse novo tempo em que o trabalho e economia são importantes, ou seja, tempo do “trabalho industrial”.

Diante dos acontecimentos descritos sobre o percurso histórico da assistência a saúde e à infância, ocorreram vários marcos para história da saúde no Brasil. Porém, apesar da legislação estabelecer que a saúde devesse ser garantida e com qualidade para todos os indivíduos, ainda não é uma prática efetiva em todos os lugares, pois, o sistema de saúde, historicamente, carregou marcas de dificuldades em todos os aspectos para ser uma assistência assegurada e, então, essas marcas são repercutidas nos dias atuais no cotidiano dos brasileiros.

Com relação à configuração de diferentes realidades no sistema de saúde, há a necessidade de mostrar a realidade do sistema de saúde na cidade de Irati/PR, local da realização da pesquisa, bem como, a maneira da configuração da assistência as gestantes e aos bebês da região.

## ***1.2. PANORAMA DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE DAS GESTANTES E BEBÊS E A PREMATURIDADE COMO PROBLEMA COMUNITÁRIO NA CIDADE DE IRATI/PR***

O Paraná é composto de 22 Regionais de Saúde. A cidade de Irati faz parte da 4ª Regional de Saúde, com mais oito municípios: Mallet, Rio Azul, Rebouças, Inácio Martins, Imbituva, Guamiranga, Fernandes Pinheiro e Teixeira Soares. A cidade apresenta 22 unidades básicas de saúde, sendo que 3 encontram-se fechadas, e um total de 3 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

É de responsabilidade da Atenção Básica fornecer o serviço de pré-natal. Na cidade de Irati/PR o pré-natal é centralizado na Secretaria Municipal de Saúde, atendendo somente gestantes da cidade. As unidades de saúde localizadas nos bairros têm conhecimento de que há gestante residente no local, bem como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) visitam a mesma. O número de gestantes atendidas por mês no ano de 2013 na Unidade de Pré-Natal foi de, em média, 400 gestantes. Em 2013 o total de atendimentos foi de 6.231. A idade prevalente de gestantes é entre 20 e 30 anos. No ano de 2013 teve um total de 60 gestantes alto risco, as quais consultaram no serviço especial de atendimento as gestantes alto risco, o Consórcio Intermunicipal de Saúde, e continuam vinculadas à Unidade de Pré-Natal.

No Hospital Santa Casa, ocorrem os partos. A instituição não é pública e sim filantrópica e atende a 65% de casos encaminhados pelo SUS. O hospital é considerado referência, no que diz respeito às gestantes de alto risco. Os municípios de Inácio Martins, Guamiranga e Fernandes Pinheiro, pertencentes a 4ª Regional de Saúde, não apresentam hospitais em suas cidades e as gestantes são encaminhadas para o Hospital Santa Casa de Irati/PR. A prefeitura dessas cidades repassa os valores gastos com os procedimentos efetuados no hospital. Na Santa Casa contém Unidade de Terapia Intensiva Adulta e Neonatal. O controle de vagas é coordenado pela Central de Leitos em Curitiba no estado do Paraná.

Os procedimentos usualmente realizados são a partir do momento que a gestante procura a unidade básica de saúde mais próxima de sua residência com suspeita de gravidez. Primeiramente é realizada uma consulta com o clínico geral da unidade ou com a enfermeira responsável e solicitado exames para confirmação da gravidez. Quando o resultado é positivo, a gestante é direcionada ao pré-natal, inscrita no programa e agendada a primeira consulta e solicitação de todos os exames conforme o protocolo do Ministério da Saúde.

O pré-natal é realizado com o mesmo médico até o final da gestação, sendo um total de 5 médicos atendendo na Secretaria Municipal de Saúde, porém o parto é realizado pelo médico que se encontra de plantão no Hospital. Isso ocorre porque nem todos os médicos que realizam o pré-natal trabalham ou fazem plantão no Hospital Santa Casa.

O exame de ultrassonografia é ofertado em apenas três clínicas da cidade, considerando haver muita demanda e pouca oferta. Segundo o protocolo de atendimento, são realizadas três ultrassonografias para cada gestante. Após a alta hospitalar, cada gestante tem direito a uma consulta com o obstetra e a enfermeira.

No caso de reconhecimento de gestante de alto risco, esta é referenciada a fazer o pré-natal no Consórcio Intermunicipal de Saúde na cidade. Porém, a Secretaria Municipal de saúde se mantém informada sobre essa gestante. O parto é sempre referenciado para o Hospital Santa Casa. A unidade mais próxima da residência da gestante tem conhecimento sobre o caso, e quando há o Agente Comunitário de Saúde, juntamente com o técnico de enfermagem, acompanham o recém-nascido.

Todos os bebês após a alta hospitalar têm uma consulta agendada com a pediatra da Secretaria Municipal de Saúde nos primeiros dez dias, e é agendado novamente de mês em mês. Quando o caso do bebê é considerado de risco, antes de um mês é possível ser atendido. Os recém-nascidos prematuros, após a alta hospitalar são acompanhados pelas Unidades de Estratégia Saúde da Família a qual pertencem.

A puericultura na Secretaria Municipal de Saúde é realizada pela pediatria, que é centralizada no local, até o primeiro ano de vida, todos os meses a depender da demanda local. Nas unidades básicas de saúde, a puericultura é realizada pela enfermagem, até 5 anos de idade da criança. E no decorrer do processo, caso haja necessidade, a criança é encaminhada ao médico clínico geral da unidade.

Com vistas a considerar a prematuridade como problema na cidade de Irati/PR, elaboramos uma tabela em que demonstra as proporções de nascimentos prematuros na cidade, comparando com a Capital do Paraná, Curitiba, e com o Estado do Paraná, desde o ano de 2001 a 2011, mostrando um crescimento nos casos de nascimentos prematuros, em alguns anos, com proporções acima da cidade de Curitiba e do Estado do Paraná.

**Tabela 1-** Proporção de nascimentos prematuros na Cidade de Irati/PR nos anos de 2001 a 2011

ANO	IRATI		CURITIBA		PARANÁ		PROPORÇÕES		
	PT	TOTAL	PT	TOTAL	PT	TOTAL	IRATI	CURITIBA	PARANÁ
<b>2001</b>	36	867	1.692	27.108	10.682	167.270	4,15%	6,22%	6,38%
<b>2002</b>	37	852	1.692	26.371	10.525	165.125	4,34%	6,41%	6,37%
<b>2003</b>	39	801	1.799	24.856	10.250	157.333	4,86%	7,23%	6,51%
<b>2004</b>	39	831	1.727	25.209	10.409	159.636	4,69%	6,85%	6,52%
<b>2005</b>	57	909	1.527	24.547	9.961	160.324	6,27%	6,22%	6,21%
<b>2006</b>	38	867	1.671	24.735	10.093	153.595	4,38%	6,75%	6,57%
<b>2007</b>	58	849	1.741	24.379	9.973	147.554	6,83%	7,14%	6,75%
<b>2008</b>	79	791	1.848	25.329	10.420	151.092	9,98%	7,29%	6,89%
<b>2009</b>	54	786	1.820	24.868	10.550	149.217	6,87%	7,31%	7,07%
<b>2010</b>	75	853	1.840	25.345	11.112	152.051	8,79%	7,25%	7,30%
<b>2011</b>	71	814	1.852	25.249	11.068	152.902	8,72%	7,33%	7,23%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC (2014a)

Podemos perceber, diante dos dados, a grande proporção de nascimentos prematuros em Irati/PR, considerando principalmente, os anos de 2005, 2008, 2010 e 2011, em que a porcentagem de nascimentos prematuros superou os valores da cidade de Curitiba e do Estado do Paraná. E ainda, o maior índice de prematuridade se concentrou no ano de 2008.

Assim, atribuímos que o nascimento prematuro configura-se como um complexo problema para o desenvolvimento comunitário da cidade. A grande proporção de nascimentos prematuros em Irati/PR, nos geram inquietações com

relação a assistência prestada a esses bebês, desde o planejamento familiar, acompanhamento pré natal e após alta hospitalar.

Visando a assistência aos bebês prematuros, há uma política pública dirigida a eles, com uma proposta interdisciplinar para melhor atendê-lo, chamada de Método Canguru (MC). O Método foi criado na Colômbia, no ano de 1979, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, pelos Médicos Reys Sanabria e Hector Martinez (CRUVINEL; PAULETTI, 2009).

De acordo com a Portaria nº 693 de 5/7/2000, o Ministério da Saúde do Brasil adota como Política Pública a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru- MC), determinando diretrizes para implantação no SUS, nos espaços médico-assistenciais (BRASIL, 2000). Os critérios de inclusão do neonato nesse método são o ganho de peso e estabilidade clínica. (FURLAN, SCOCHI, FURTADO, 2003)

A posição canguru consiste em manter o neonato de baixo peso, ligeiramente vestido, em decúbito ventral, na posição vertical, contra o peito do adulto. Ressalta-se que será considerado como “Método Canguru” se as unidades permitirem o contato precoce, sendo realizado de maneira instruída e orientada, havendo também a livre demanda familiar, que dever ser acompanhada por uma equipe treinada (BRASIL, 2000).

Para implantação do Método, uma equipe multiprofissional deve estar envolvida como: médicos, pediatras e/ou neonatologistas (cobertura de 24 horas), obstetras (cobertura de 24 horas), oftalmologista, enfermeiros (cobertura de 24 horas), psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fonoaudiólogos, nutricionistas, técnicos e auxiliares de enfermagem (na 2ª etapa, uma auxiliar para cada seis binômios com cobertura 24 horas) (BRASIL, 2011c).

Esses profissionais devem trabalhar juntos no atendimento ao prematuro e aos pais. Como afirma Alves *et al* (2007) sobre a importância da união na equipe para implantar o Método Canguru, para que nesse espaço haja crescimento entre os profissionais, e também o comprometimento para garantir qualidade na assistência,

acreditando que o ambiente humanizado traz benefícios para os bebês, para as famílias e também para toda a equipe.

O método é desenvolvido em três etapas, Brasil (2000):

**a) Primeira etapa:**

Logo após o nascimento de um recém-nascido de baixo-peso, que não pode permanecer no alojamento conjunto, necessita de internação na UTIN. A família deve ser orientada nesse momento sobre a condição de saúde da criança e sobre as vantagens do método. Estimular a visita dos pais ao leito, permitindo contato tátil com a criança. É importante que as visitas sejam acompanhadas por um profissional, a fim de orientar sobre os cuidados hospitalares, com a higiene e o ambiente, para que essas informações possam ser compreendidas pela família.

O estímulo para a amamentação deve ser iniciado, bem como o cuidado com as mamas, ordenha manual e armazenamento do leite. Caso o bebê esteja em condições clínicas estáveis, o contato pele a pele com a mãe deve iniciar, evoluindo até a colocação na posição canguru, com o pai ou a mãe.

Deve ser ressaltada a participação familiar no cuidado com o bebê. Após o parto, nos primeiros cinco dias, a mãe e a família devem receber orientações, por isso, a puérpera deve ser assegurada de sua permanência durante esse tempo para receber a assistência necessária.

**b) Segunda etapa:**

Quando o recém-nascido encontrar-se estabilizado poderá ter acompanhamento contínuo da mãe. Conforme seguimento do tempo de adaptação e treinamento na etapa anterior, a mãe e bebê permanecerão na enfermaria conjunta, em que a posição canguru será realizada em maior tempo possível. Essa fase será preparatória para a alta hospitalar.

Porém, alguns critérios são exigidos da mãe e da criança para continuar no método. Da mãe é exigido seu desejo de participar dessa assistência e sua disponibilidade de tempo; assegurar que a decisão foi tomada em consenso entre a

mãe, família e equipe de saúde; averiguar a capacidade da mãe de reconhecer mudanças e situações de risco no bebê (mudança na coloração da pele, pausas respiratórias, regurgitações e diminuição de movimentação), e conhecimento e aptidão para colocar a criança em posição canguru.

Já da criança, primeiramente é exigida estabilidade clínica; nutrição enteral plena (peito, sonda nasogástrica ou copo); peso mínimo de 1.250 gramas e ganho de peso diário maior que 15 gramas.

Há também alguns critérios para a alta hospitalar e passagem para a terceira fase do método. A mãe deve estar segura, bem orientada, bem como os familiares, quanto ao cuidado da criança em casa; mãe psicologicamente motivada para dar continuidade ao trabalho no domicílio; compromisso materno e de toda família em realizar o método 24horas/dia; garantia de retorno frequente à unidade de saúde; criança com peso mínimo de 1.500 gramas; bebê com sucção exclusiva ao peito e ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta; caso haja necessidade de complementar a dieta que esta não esteja sendo por sonda nasogástrica; condição de acompanhamento ambulatorial garantida, em que na primeira semana a frequência deverá ser de três consultas, na segunda semana, de duas consultas, e da terceira semana em diante, pelo menos uma consulta até a criança alcançar o peso de 2.500 gramas, e ainda, a condição de recorrer à unidade hospitalar de origem a qualquer momento de urgência, mesmo na terceira etapa.

### **c) Terceira etapa:**

A terceira fase compreende o ambulatório de acompanhamento, em que algumas ações devem ser desenvolvidas como:

- Realizar exame físico completo da criança tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento, ganho de peso, comprimento e perímetro cefálico, levando-se em conta a idade gestacional corrigida;
- Avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família;

- Corrigir as situações de risco, como ganho inadequado de peso, sinais de refluxo, infecção e apnéias;
- Orientar e acompanhar tratamentos especializados, tais como exame oftalmológico, avaliação audiométrica e fisioterapia motora;
- Orientar para a observância do esquema adequado de imunizações.

Para tanto, o seguimento ambulatorial deve apresentar as seguintes características:

- a) ser realizado por médico treinado e familiarizado com o seguimento do recém-nascido de risco;
- b) observar a periodicidade já referida em item anterior;
- c) ter agenda aberta, permitindo retorno não agendado caso a criança necessite;
- d) a criança é que determinará o tempo de permanência em posição canguru; de um modo geral, isso ocorre quando a criança atinge o termo ou o peso de 2.000g.
- e) após alcançar o peso de 2.500g, o acompanhamento passa a ser orientado de acordo com as normas para o acompanhamento de crescimento e o desenvolvimento editadas do Ministério da Saúde.

Nessas etapas há um caráter de promoção do cuidado ao bebê e à família. Em cada etapa são necessários subsídios para essa família, como o deslocamento diário para o hospital, o auxílio transporte para quem necessitar, oferta de refeições e espaço para descanso durante a permanência no hospital, realização de palestras e a livre demanda ao acesso dos pais a UTIN. Quanto ao bebê, como mencionado, a estabilidade clínica, respiratória e circulatória são requeridos. Da equipe atuante, solicita-se orientações aos pais sobre o Método, estimulação para manter o contato com a criança, apoio para manutenção da produção do leite bem como a armazenagem do leite ordenhado (FURLAN, SCOCHI, FURTADO, 2003).

Segundo Brasil (2000) o Método Canguru traz diversos benefícios como:

- a) aumenta o vínculo mãe-filho;
- b) diminui o tempo de separação mãe-filho, evitando longos períodos sem estimulação sensorial;
- c) estimula o aleitamento materno, favorecendo maior frequência, precocidade e duração da amamentação;
- d) proporciona maior competência e amplia a confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, mesmo após a alta hospitalar;
- e) favorece o melhor controle térmico;
- f) reduz o número de recém-nascidos em unidades de cuidados intermediários, devido à maior rotatividade de leitos;
- g) propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde;
- h) favorece a diminuição da infecção hospitalar;
- i) diminui a permanência hospitalar.

Historicamente, de acordo com Torati (2011) as regiões que apresentam as maternidades capacitadas para implantar o método é a região Sudeste (116 equipes capacitadas), em seguida a região Nordeste (103), Sul (58), Norte e Centro-Oeste (26 cada). Na região Sudeste, o Estado de Espírito Santo apresenta seis maternidades capacitadas, entretanto apenas o Hospital Doutor Dório Silva, localizado no município de Serra e o Hospital Cassiano Antônio de Moraes, situado em Vitória, encontram-se na lista das maternidades que oferecem esse método aos usuários.

Com vistas para esse Método, não é garantido que sua implantação seja efetiva se não forem manifestadas as motivações e atitudes dos profissionais e usuários, e ainda, se os profissionais da equipe de saúde não se comprometerem na transformação do modo de atenção ao recém-nascido (COSTA; MONTICELLI, 2005).

Vemos uma grande preocupação em diminuir a mortalidade desses prematuros e aumentar a sua sobrevivência, porém, não é realizada uma reflexão a cerca de como essas crianças vem tendo qualidade de vida (TORATI, 2011).

Conceber esse método na instituição é tornar um novo modo de conceber o processo de atendimento a esses bebês e conseqüentemente mudança da própria instituição. Porém, para que isso ocorra os profissionais precisam de capacitações para os objetivos ser alcançados (FURLAN, SCOCHI, FURTADO, 2003).

Diante disso, cabe levantarmos uma discussão sobre a humanização no cuidado preconizada pelo Método Canguru, com relação ao seu significado e características para que a temática possa ser compreendida.

Os sistemas de saúde na década de 1980 tiveram princípios de “eficácia, otimização e eficiência”. Já a partir dos anos de 1990, outros princípios foram destacados, e nesse cenário a humanização começou a fazer parte dos serviços de saúde (FORTES, 2004, p. 31).

Pauli e Bousso (2003, p. 281), com relação à humanização, fazem referência a “um cuidar mais amplo do que a simples habilidade técnica, um cuidar pensado, baseado na necessidade do outro, partindo das carências da família”. É uma maneira de considerar o indivíduo como um “ser biopsicossocioespiritual” (VILA; ROSSI, 2002, p. 138). Além desses aspectos, humanizar expressa em aceitar e valorizar o outro em todas as dimensões, mas também, respeitar (MARTINS *et al*, 2008).

A humanização da assistência no ambiente da UTI é cada vez mais difícil para os profissionais, pois o grande avanço da tecnologia, com os profissionais ficam cada vez mais atentos ao que o aparelho mostra, traduz em números e sinais o ser humano (BARBOSA; RODRIGUES, 2004). Como afirma Vila e Rossi (2002), os recursos tecnológicos são importantes, porém não mais relevantes que o ser humano. Pensando na UTI neonatal, há um resgate para tornar esse ambiente mais acolhedor, possibilitando um espaço com princípios de afetividade e valor social (ALVES *et al*, 2007).

Conceber a humanização representa um conjunto de ações voltadas ao cuidado com a saúde, em que haja a possibilidade de conciliar a tecnologia com a promoção do acolhimento, respeito ético e cultural com o indivíduo que está sendo atendido, ambiente de trabalho que favoreça esse exercício e conseqüentemente origine satisfação aos pacientes e profissionais (MARQUES; SOUZA, 2010).

Para tanto, a equipe multiprofissional deve almejar um objetivo em comum, com trabalho conjunto, integração das ações, a fim de alcançar uma conclusão em comum acordo. Portanto, cabe entender a equipe como interdisciplinar, respeitando as aptidões e potencialidade de cada profissional (BOLELA; JERICÓ, 2006). Além disso, a Política Nacional de Humanização (PNH) ressalta que o cuidado fornecido aos usuários deve ir além de procedimentos tecnicistas e conceitos científicos (MARTINS *et al*, 2008).

Para que a humanização realmente ocorra nos serviços de saúde, há de se voltar para o modo como se concebe o cliente, “de objeto passivo ao sujeito, de necessitado de atos de caridade, àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta ações técnica, política e eticamente seguras, prestadas por trabalhadores responsáveis” (MARQUES; SOUZA, 2010, p. 143).

Dezorzi; Camponogara; Vieira (2002, p. 85) consideram que é “difícil afirmarmos que temos um atendimento humanizado, enquanto mantivermos a família distante do cuidado intra e extra-hospitalar”. E então, consideramos a família importante no processo de atendimento, pois ela está envolvida diretamente com o recém-nascido. Não há como separá-la do cuidado e deixá-la fora de cuidado. Diante disso, é importante realizar uma discussão a cerca do papel familiar no ambiente da UTI Neonatal, o seu cuidado e o cuidado com o recém-nascido.

No que diz respeito à assistência da criança hospitalizada, esta sofreu expressivas mudanças, desde o final do século XIX, devido ao avanço da prática médica e a concepção que a sociedade concede à criança. Anteriormente, por volta de 1930, segundo a literatura norte-americana, a enfermagem prestava assistência com o objetivo de prevenir infecções e sua transmissão por meio de isolamento da

criança, o que conseqüentemente, afastou o contato de pais e familiares com a criança e também com os profissionais. Nesse contexto, aspectos psicológicos da criança e dos pais, como também sentimentos e emoções acerca da doença e hospitalização não eram considerados (LIMA; ROCHA; SCOCHI, 1999).

No Brasil, foi a partir do final da década de 80 que a família começou a ganhar espaço ao cuidado com a criança no ambiente hospitalar. O Estado de São Paulo foi o primeiro a garantir este direito às famílias, pela resolução SS -165 de 1988, com o Programa mãe-participante em todas as instituições hospitalares do Estado. Esse programa preconizava que toda mãe ou outro membro da família acompanhasse a criança durante o período de internação. Porém, esse tipo de garantia não é realidade em muitos estados e estabelecimentos hospitalares (GOMES; ERDMANN, 2005).

Diante dessa situação, com a criação da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, foi regulamentado o Estatuto da Criança e do Adolescente que dispõe no seu Artigo 12 que (...) “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 ou adolescente” (BRASIL, 2006, p. 12).

Após aprovação dessa lei, houve vários desafios para que esta se efetivasse. Nesse sentido, com essa nova perspectiva de cuidado na área pediátrica, ressalta-se a necessidade de rever o ensino e o currículo das instituições para que possam formar profissionais aptos a trabalharem com esse novo modelo, a criança e a família (FERNANDES; ANDRAUS; MUNARI, 2006).

O nascimento de um bebê prematuro pode afetar a família, especialmente a mãe dessa criança, pois a UTIN é um ambiente desconhecido e muitas vezes causa medo. Além disso, o bebê que nasceu não foi o imaginado e o anseio da culpa por ele estar nesse ambiente pode gerar a falta de contato dos pais com essa criança. Diante disso, é imprescindível que esses pais sejam acolhidos para que suas emoções possam ser trabalhadas no sentido de aceitação da situação e que seu sofrimento seja amenizado. Esse acolhimento deve envolver e atender os outros

membros da família desse bebê na UTIN, um acolher no viés físico e afetivo, fortalecer as interações entre equipe pacientes e familiares, além de permitir o livre acesso dos pais a UTI (GAÍVA; SCOCHI (2005), MORENO; JORGE; MOREIRA (2003).

No processo de humanização, é necessário eficácia na atenção com o prematuro, garantindo a participação familiar nessa assistência e também na atenção individual. Devemos considerar a participação familiar no processo de recuperação do bebê de forma imprescindível, como pessoas ativas no cuidado com essa criança. Porém, ressaltando que a família também deve ser cuidada para que possa colaborar nesse processo (BARBOSA; RODRIGUES, 2004). Apesar de considerar a necessidade da participação dos pais, há que se fazer uma discussão sobre essa participação no cuidado com o bebê (COLLET; ROCHA, 2004).

As visitas tanto dos pais como da família é limitada devido às normas rigorosas, e a participação familiar no cuidado ao bebê ainda é restrita. Com relação aos outros componentes da família, há poucos serviços de UTIN que admitem a visita dessas pessoas (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

Os profissionais envolvidos na assistência ao prematuro devem procurar entender como a família funciona em seus diversos contextos. Com relação às mães, estas têm seu cotidiano com muitas atividades, pois além dos deveres domésticos e com os filhos, passam várias horas no hospital com o seu bebê (CUNHA, 2000). Assim, compreendendo a situação, pode-se conceder assistência para a família a fim de lidar com as necessidades decorrentes da internação do bebê (PINTO; RIBEIRO; SILVA, 2005). A mãe deve ser envolvida na assistência paulatinamente, para que possa participar na preparação do plano de cuidados até a sua autonomia para cuidar da criança no domicílio (ANDRAUS; MINAMISAVA; MUNARI (2004), COLLET; ROCHA, (2004).

Lamy; Gomes; Carvalho (1997) consideram que o não envolvimento dos pais na UTIN pode acarretar em dificuldades na assistência, pois avaliam que a recuperação do bebê depende dos cuidados médicos e também dos sentimentos de

afeto e carinho transmitidos pelos pais. A enfermagem que trabalha na área da pediatria necessita ajustar suas ações de cuidado interagindo dialogicamente com a família e a criança, concedendo apoio e proteção, e assim fortalecer sua relação com eles e entre eles durante o período de internamento (LIMA *et al* (2010); GOMES; ERDEMANN (2005).

Gomes e Erdmann (2005) referem-se sobre a necessidade de maior instrumentalização para trabalhar com as famílias, com vistas a atuar, simultaneamente, a respeito de suas necessidades beneficiando assim a criança hospitalizada. Com relação a esse atendimento, salientam que o mesmo não deve ser pautado somente nas questões clínicas, mas sim nas questões afetivas, sociais e emocionais, considerando um cuidar abrangente e requerendo transformações no atendimento a criança no ambiente hospitalar visando também às necessidades da família no processo (LIMA *et al*, 2010).

Gomes e Erdmann (2005) discorrem sobre algumas vantagens da presença familiar com a criança, além de o aspecto emocional satisfazerem ambas:

“Cria um relacionamento mais próximo e intenso com a equipe; é fonte de informação direta sobre a evolução da doença; previne acidentes na enfermaria; permite a participação ativa no cuidado à criança. Desta forma, a criança pode ser mais prontamente atendida e ter seu período de internação reduzido” (GOMES; ERDMANN, 2005, p. 24).

A relação entre os profissionais de saúde com as famílias das crianças hospitalizadas pode ser potencializada a partir do momento em que conceber que o cuidado compartilhado pode ser positivo, no sentido de construção e crescimento mútuos, em que cada um contribui para tal finalidade. Porém, considera-se que compartilhar o cuidado é um processo em construção, sendo uma possibilidade para um cuidado eficaz, em que a família e a equipe possam “sentir-se valorizados, competentes e plenos” (GOMES; ERDMANN, 2005, p. 29). Cunha (2000) argumenta sobre a maneira como os pais são recebidos determinará sua confiança na equipe de profissionais os quais prestam os cuidados com o bebê, pois, uma recepção acolhedora deixará os pais confiantes e próximos da equipe, bem como do seu filho.

Nesse processo de acolhimento da família no ambiente hospitalar, Cunha (2000) pondera sobre a participação dos irmãos nesse contexto faz com que eles possam entender o que ocorre com a família e com o recém-nascido nesse período de hospitalização.

Esse novo modelo assistencial focado na criança e na família é um caminho com muitas dificuldades, que envolve questões como a infra-estrutura e organização dos serviços, bem como questões políticas, da economia e da cultura. Torna-se necessário aos profissionais de saúde conceber a família como indivíduos que podem cooperar para recuperação da criança hospitalizada (ANDRAUS; MINAMISAVA; MUNARI, 2004).

Mediante o panorama construído sobre o funcionamento do sistema na cidade de Irati/PR e a discussão com relação à política pública ao prematuro e a humanização no cuidado, consideramos então, pujante a compreensão de como está sendo efetivado o acompanhamento desses prematuros na região, indagando a configuração dos serviços de saúde na cidade. Então, a partir dos assuntos corroborados, formulamos os nossos objetivos com essa pesquisa.

## ***2. OBJETIVO GERAL***

Compreender a forma como ocorre a assistência ao recém-nascido prematuro, a partir da percepção da família e dos profissionais envolvidos na assistência, tendo como parâmetro o que preconiza a política pública de saúde, Método Canguru.

### ***2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS***

Realizar um levantamento do fluxograma nos serviços de saúde, das mulheres gestantes na cidade de Irati/PR;

Compreender o significado para as famílias sobre a assistência à saúde de seus bebês nascidos prematuros;

Compreender o significado para a equipe profissional sobre a assistência à saúde infantil de bebês nascidos prematuros.

### 3. MÉTODO

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO, sob o número 638.824/2014.

Trata-se de um estudo descritivo de delineamento qualitativo. Foram realizadas entrevistas com profissionais da área da saúde e famílias que tiveram filhos prematuros, sobre a assistência à saúde aos bebês prematuros. As entrevistas proporcionaram expor significados, sentimentos e conceitos dos participantes sobre o tema. Participaram dessa pesquisa 18 profissionais da saúde. Destes profissionais, três eram assistentes sociais, quatro enfermeiras, dois fonoaudiólogos, dois nutricionistas, dois psicólogos, quatro técnicos de enfermagem e um médico. Todos os entrevistados eram do sexo feminino.

A caracterização dos profissionais que participaram da pesquisa, se encontra no quadro a seguir:

**Quadro 3:** Caracterização dos profissionais entrevistados

<b>Identificação</b>	<b>Formação</b>	<b>Local de trabalho atual</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo de atuação na profissão</b>
P1	Assistente Social	Secretaria Municipal de Saúde- Irati/PR	27 anos	4 anos
P2	Enfermeira	Secretaria Municipal de Saúde- Irati/PR	35 anos	12 anos
P3	Psicóloga	Secretaria Municipal de Saúde- Irati/PR	28 anos	4 anos
P4	Técnica de Enfermagem	Secretaria Municipal de Saúde- Irati/PR	46 anos	22 anos
P5	Assistente Social	Consórcio Intermunicipal de Saúde	42 anos	2 anos e 6 meses
P6	Enfermeira	Consórcio Intermunicipal de Saúde	25 anos	3 anos
P7	Fonoaudióloga	Consórcio Intermunicipal de Saúde	24 anos	3 anos

P8	Nutricionista	Consórcio Intermunicipal de Saúde	25 anos	1 ano
P9	Psicóloga	Consórcio Intermunicipal de Saúde	25 anos	2 anos
P10	Técnica de Enfermagem	Consórcio Intermunicipal de Saúde	38 anos	7 meses
P11	Assistente Social	Hospital Santa Casa de Irati/PR	35 anos	11 anos
P12	Enfermeira	Hospital Santa Casa de Irati/PR	22 anos	1 ano
P13	Enfermeira	Hospital Santa Casa de Irati/PR	40 anos	15 anos
P14	Fonoaudióloga	Hospital Santa Casa de Irati/PR	23 anos	1 ano
P15	Médica	Hospital Santa Casa de Irati/PR	54 anos	30 anos
P16	Nutricionista	Hospital Santa Casa de Irati/PR	26 anos	5 anos
P17	Técnica de Enfermagem	Hospital Santa Casa de Irati/PR	40 anos	15 anos
P18	Técnica de Enfermagem	Hospital Santa Casa de Irati/PR	29 anos	8 anos e 6 meses

Participaram seis famílias no estudo. A caracterização das famílias participantes se encontra no quadro abaixo:

**Quadro 4:** Caracterização das famílias entrevistadas

Identificação	Idade da Mãe	Renda Familiar	Profissão	Escolaridade	Nº de filhos	Cidade
F1	24 anos	R\$ 1.300	Não trabalha	Ensino Médio Completo	1	Prudentópolis/PR
F2	38 anos	*	Não trabalha	Ensino Médio Completo	2	Teixeira Soares/PR
F3	29 anos	R\$ 1.576	Agricultora	Ensino Médio Completo	2	Rio Azul/PR
F4	25 anos	**	Não trabalha	Ensino Médio Completo	2	Irati/PR
F5	26 anos	R\$ 10.000	Empresária	Superior Incompleto	2	Imbituva/PR
F6	19 anos	R\$ 530	Agricultora	Ensino Médio Completo	1	Paulo Frontin/PR

\*Família não quis relatar.

\*\* Família não sabia responder.

As entrevistas foram encerradas a partir da saturação das respostas, pois não houveram mais elementos significativos. Os critérios de inclusão foram: profissionais da saúde que estivessem envolvidos no cuidado com o bebê prematuro; e famílias que tivessem filhos prematuros. Já os critérios de exclusão foram: Profissionais da saúde que não estivessem envolvidos no cuidado com o bebê prematuro; e famílias que não tiveram filhos prematuros.

As entrevistas com profissionais de saúde foram realizadas da Secretaria Municipal de Saúde, no Consórcio Intermunicipal de Saúde e no Hospital Santa Casa, todas as instituições da cidade de Irati/PR. Com as famílias foram realizadas no Hospital Santa Casa de Irati/PR. No primeiro momento, foi realizada a tentativa de entrevistar somente famílias de Irati/PR. Porém, como o hospital atende várias regiões, por conveniência, foi entrevistado famílias de outras cidades, compreendendo as regiões citada anteriormente na caracterização.

A entrevista com os profissionais de saúde teve como perguntas disparadoras:

- Como você entende o fluxograma das mães gestantes no serviço de saúde em Irati?
- Com relação a assistência a saúde aos bebês prematuros, o que você entende que está acontecendo aqui em Irati?

Com as famílias, foram realizadas as seguintes questões:

- Me conta sobre a história do seu bebê.
- Me conta como foi a volta para casa.
- Tinha alguém que cuidava da saúde do seu bebê?
- Você esta levando o seu bebê para alguma consulta?

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Após essa etapa, os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo, modalidade temática. Segundo Minayo (2004, p.199) “A expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa Qualitativa é Análise do Conteúdo”.

A técnica utilizada para análise dos dados, mediante Análise do Conteúdo, foi a Análise Temática, que “consiste em descobrir núcleos de sentido que compõe uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2004, p.209).

Para tanto, foi determinada a unidade de registro, que seria a palavra-chave ou frase; a unidade de contexto, que é a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro; os recortes; a forma de categorização; a modalidade de decodificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientaram a análise (MINAYO, 2004, p. 210).

Os discursos foram analisados em grupos temáticos. A fim de manter a identidade em sigilo, os participantes da pesquisa foram identificados com abreviaturas (P1, P2, P3...P18) para os profissionais da saúde; e para as famílias (F1, F2, F3...F6).

P1, P2, P3 e P4, trabalham na Secretaria Municipal de Saúde de Irati/PR; P5, P6, P7, P8, P9 e P10, fazem parte do serviço de saúde do Consórcio Intermunicipal de Saúde. Já P11, P12, P13, P14, P15, P16, P17 e P18, trabalham no Hospital Santa Casa da cidade de Irati/PR.

#### ***4. RESULTADOS E DISCUSSÃO***

Serão apresentados os resultados e discussão de acordo com a primeira questão relativa ao fluxograma das gestantes na cidade de Irati/PR, direcionada para os profissionais da saúde.

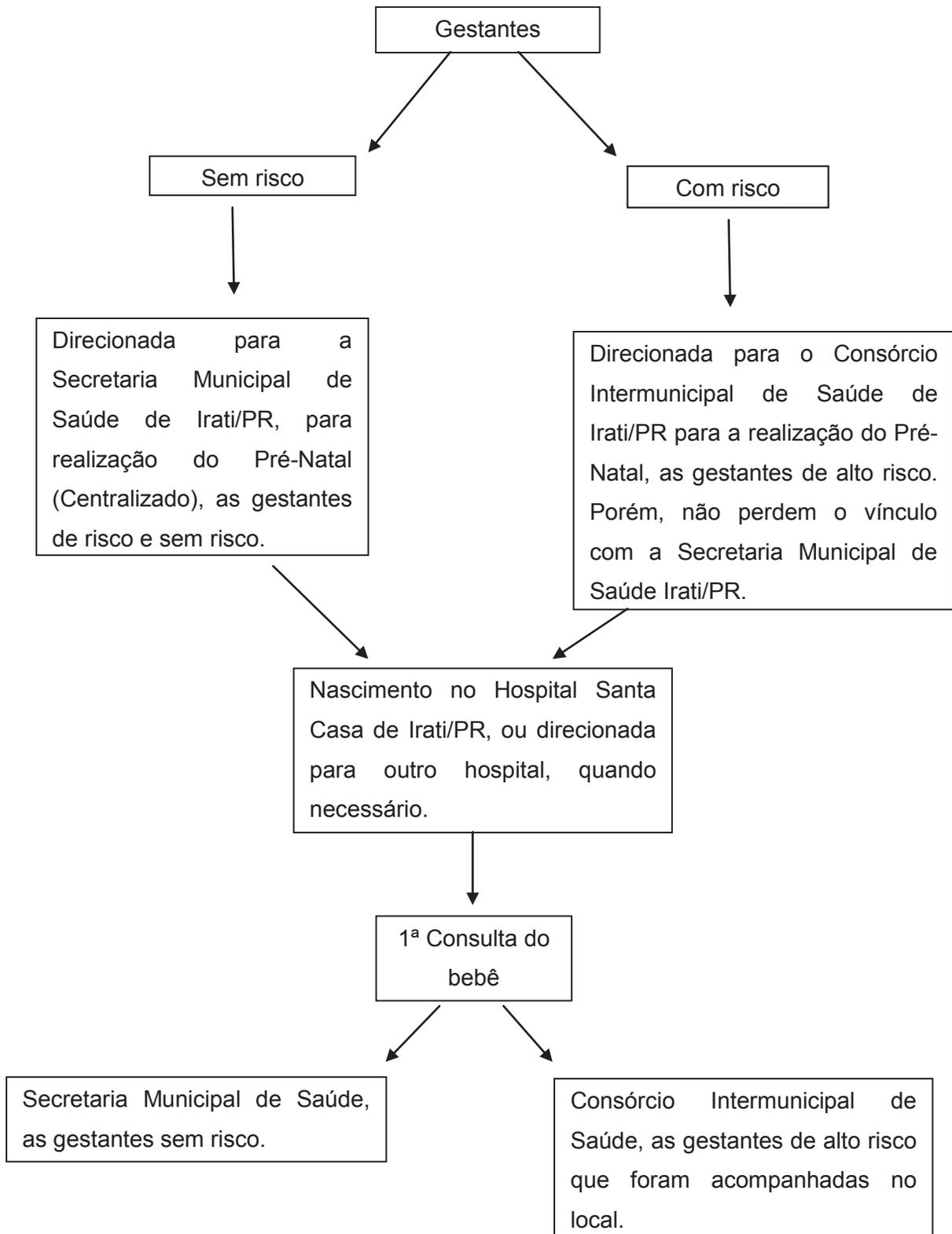
Com relação às entrevistas, para os profissionais de saúde, foram elencados três núcleos temáticos para a discussão: Descompasso na comunicação entre os serviços de saúde e as famílias; A fragmentação do cuidado ao prematuro e as famílias; Contradições entre as práticas profissionais e a política pública instituída.

Já para as famílias, os núcleos temáticos emergidos foram: Valorização do cuidado hospitalocêntrico; Assistência centrada nos indicadores físicos do desenvolvimento do prematuro.

##### ***4.1 FLUXOGRAMA DO SERVIÇO DE SAÚDE EM IRATI/PR***

Primeiramente será exposto à maneira como ocorre o fluxo das gestantes na cidade.

**Fluxograma 1:** Caracterização do fluxo das gestantes nos serviços de saúde da cidade de Irati/PR



Dada a forma pela qual o fluxo deveria ocorrer, alguns relatos que não condiziam o fluxo mencionado acima:

“Então eu acredito assim, que elas fazem o pré-natal na unidade básica, ou é...algumas até fazem aqui no hospital mesmo, né, que tem alguns que os médicos atendem aqui no hospital mesmo [...] e depois quando elas vem aqui (Hospital Santa Casa) para ganhar o bebê no caso ela vem para o hospital, ai não é o mesmo médico que está sendo feito o pré-natal, é o médico que está de plantão, né, que faz o parto. Então eu acho que esse é o fluxograma do atendimento a elas [...] eu sei daqui da Neo (UTI Neonatal) né, que quando eles saem daqui da Neo a gente agenda as consultas ambulatoriais com a Doutora.”

P12

“Mais eu acho que é feito no posto de saúde né, o pré-natal [...] várias mães chegam aqui na UTI (UTI Neonatal da Santa Casa), tem os bebês, tem algumas complicações, não passaram pelo pré-natal, pelas orientações básicas né [...] mas quem acaba acompanhando após a alta hospitalar, inclusive os prematuros mais é...é...a pediatra daqui da UTI Neonatal.”

P14

P12 e P14 não mencionaram o fluxo de forma completa. Relataram que as gestantes realizavam o pré-natal na Unidade Básica de Saúde e não citaram as gestantes de alto risco. Pudemos notar essas contradições, pois, apesar de todos trabalhem em serviços de saúde e na mesma cidade, o conhecimento do sistema não condiz, já que o serviço de atendimento ao pré-natal é centralizado na cidade de Irati/PR. Esse fato nos leva a pensar num descompasso entre os serviços, os profissionais e entre a política pública preconizada pelo Ministério da Saúde.

Esses descompassos podem ser observados em cada serviço. Os participantes P1 e P3 fazem parte de um mesmo serviço de saúde, da Secretaria Municipal de Saúde, e suas respostas não condiziam com o fluxograma, conforme seus relatos:

“Não, não sei te dizer. Na verdade aqui para nós só vem essa questão da alimentação....da necessidade de alimentação. [...] mas nós não fazemos esse intercâmbio [...]”

P1

“[...] com a parte das gestantes, então....eu não tenho muito conhecimento.”

P3

P1 e P3 traduzem um distanciamento com as gestantes e os bebês, apesar de como dito anteriormente, trabalharem no mesmo espaço de cuidado a saúde. Esse fato mostra como o entendimento do sistema pelos profissionais é frágil e fragmentado, considerando a importância deles no sistema. E o que nos preocupa ainda, como no relato de P1, que não há “*intercâmbio*” com o pré-natal e acompanhamento das gestantes e dos bebês. Esse distanciamento dos profissionais de saúde com as gestantes, os bebês prematuros, bem como seu acompanhamento, também ficou claro em outras falas:

“[...] a gente não tem contato com os prematuros que não necessitam da alimentação [...] Não, não retornam aqui novamente, nosso contato mesmo com essas crianças, são só no...no período que está sendo fornecida essa alimentação mesmo. É que nós não temos o contato direto com essas mães assim, não acompanha esse...esse crescimento, essa criança, nós não temos essa parte desse atendimento, então nós atendemos mesmo a necessidade emergencial da alimentação.”

P1

“Ah, isso eu não posso te informar porque daí eu já não estou tendo contato com o bebê, então você vai ter que conversar com o enfermeiro responsável pela unidade básica de saúde daí sabe.”

P2

“[...] Entendo que muitas mães de prematuros...passam por esse sofrimento, para não dizer todas, claro que é todas né...então passam por esse sofrimento, e nosso serviço está de portas abertas. Mas....até o...o dado momento a gente não tem nenhuma mãe de prematuro. [...]”

P3

“Eu assim com o bebê eu não tenho muito acesso, eu trabalho assim mais com as mães né, no caso a família né, então daí a gente faz visitas né. [...] aqueles casos assim de maior urgência né.”

P5

Batista e Gonçalves (2011, p. 885) ponderam que a distância dos indivíduos do cuidado, e as concepções diferentes dos usuários, profissionais e gestores do

campo da saúde, pode ser um grande obstáculo para formalização de um modelo de saúde idealizado, em consequência disso, diminui o acesso “dos usuários ao sistema ou sua exclusão”.

É importante ressaltar, conforme relato de P1, sobre atender os bebês com “*necessidade emergencial da alimentação*”, o profissional estava se referindo ao leite artificial, o qual é fornecido pelo programa do governo. Destacamos nessa situação um grande descompasso com a política pública vigente, pois conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (1989), desde essa época, é apresentada a importância do leite materno, sua promoção, proteção e apoio as mães, e que para tanto, necessitam de acompanhamento para garantir o sucesso na prática. No entanto, com vistas ao incentivo e apoio a amamentação, observamos uma contrariedade nessa assistência, pois os bebês que estão sendo assistidos são aqueles que justamente não estão sendo alimentados com o leite materno, o que nos remete a pensar sobre a pouca atenção às mães que amamentam, por parte dos serviços de saúde.

Em outro serviço de saúde, no Hospital Santa Casa, trabalhavam os profissionais P11, P12, P13, P14, P15, P16, P17 e P18. Os relatos com relação ao fluxograma foram variados e contraditórios. P12 e P14 expuseram situações que, novamente, remetem um distanciamento do sistema:

“Então para mim é complicado faz pouco tempo que eu moro aqui, então eu não sei exatamente como que é [...]”

P12

“Nascimento, pré-natal eu acabo não acompanhando muito [...]”

P14

“Que parte do pré-natal eu não tenho muito contato aqui no hospital né, por causa que elas nem fazem..a gente não tem muita né...no meu setor não tem tanta ligação com o pré-natal [...]”

P16

Essa é outra situação de desconhecimento de profissionais que fazem parte de um mesmo sistema de saúde. Como já mencionado no modelo de fluxograma, as

gestantes de alto risco são direcionadas para o Consórcio Intermunicipal de Saúde. Alguns profissionais como P16, P17 e P18 não sabiam sobre esse serviço, segundo os relatos:

“Não, dessa parte com a prefeitura eu não tenho esse contato.” (Se referindo a não saber do direcionamento das mães de risco)

P16

“Eu não sei...sei que faz o pré-natal para cá, agora...perto da secretaria ali de saúde.” (Se referindo as mães de risco)

P17

“Mais eu acredito que é lá (Secretaria Municipal de Saúde) mesmo que elas fazem o...acompanhamento de alto risco né, que daí já é...acho que na hora que passa pela avaliação que o médico vê que é de alto risco, acredito eu que tenha um acompanhamento diferenciado né...é mais...como que funciona eu também não sei.”

P18

Os relatos de alguns participantes sobre não pertencer à cidade de Irati/PR e não ter contato com as gestantes e bebês, justifica os discursos de um fluxograma “incompleto” e com contradições em comparação aos demais profissionais entrevistados. Cada serviço tem uma estrutura diferente e com serviços diferentes, porém, atendem gestantes e bebês. É uma questão inquietante observar que todos os profissionais não seguem o mesmo caminho no fluxo e não tem o mesmo entendimento do sistema. Podemos dizer que isso gera uma confusão nos atendimentos e no serviço de saúde. Destacamos um único relato do profissional P13, que apresenta uma visão diferenciada sobre o fluxo das gestantes na cidade, conforme segue:

“Então assim, na minha visão, eu acho assim o fluxo, é um fluxo bem mal orientado, mal esclarecido, porque até aonde a gente sabe, elas iniciam o pré-natal tardio, significa o que...que elas (gestantes) vão e não tem vaga, não tem vaga no pré-natal, né [...].”

P13

A fala de P13 nos mostra uma reflexão sobre o que está acontecendo no sistema, porém, foi o único entre todos os entrevistados que apresentou esse ponto de vista.

Com relação ao fato mencionado por P13 sobre o pré-natal tardio, em um estudo realizado por Siqueira e Dias (2011), aponta para essa questão de algumas gestantes não terem recebido um cuidado apropriado no pré-natal, e até mesmo, um encaminhamento para um serviço especializado, a fim de evitar riscos para a díade mãe e filho.

Ainda com relação às contradições, outro ponto que nos chamou atenção, foi a questão da primeira consulta após alta hospitalar dos bebês prematuros. Não houve consenso entre os profissionais entrevistados sobre o local em que seria essa primeira consulta. Os relatos de P2 e P4 são os seguintes:

“Viu, como as unidades é...a primeira consulta é referenciada aqui na secretaria, então centralizado. Porque tem o teste do pezinho, tem a vacinação..as primeiras vacinas é feito tudo ali [...]”

P2

“Isso, elas (mães de bebês prematuros) passavam aqui (Secretaria Municipal de Saúde) com a nossa pediatra e acabavam fazendo acompanhamento lá (Hospital Santa Casa).”

P4

Nesse contexto, P1 e P4 trabalham na Secretaria Municipal de Saúde e suas respostas coincidiram. Porém, os profissionais P6, P7, P8 e P9, que fazem parte de outro serviço de saúde, do Consórcio Intermunicipal de Saúde, trazem novas informações com relação à 1ª consulta dos bebês prematuros:

“[...] o primeiro atendimento tem que ser o município. [...] a Santa Casa mesmo já fazer a marcação para a pediatria aqui, mas eles não fazem.”

P6

“[...] os bebês deveriam sair do hospital, com a consulta marcada aqui já (Consórcio Intermunicipal de Saúde), sabe os bebês de alto risco, por exemplo, não deixar a mãe ir atrás da secretaria de saúde para marcar o pediatra, esses bebês deviam, lá no hospital, vai ter alta..ó...você vai ter tua primeira consulta com o pediatra, tal dia já, já fica certo, porque a mãe não precisa estar indo atrás para né [...] A mãe vai atrás para agendar (na secretaria de saúde do Município), até onde eu sei é isso.”

P7

“A primeira consulta...eles fazem...é as de alto risco já vem aqui (Consórcio Intermunicipal de Saúde), elas tem a primeira consulta pós-parto com o R. , depois elas tem atendimento né..pela...pela rede mãe paranaense.”

P8

“Eu não sei te informar isso. Não sei mesmo. Mas eu...pelo o que é para ser, é para marcar aqui (Consórcio Intermunicipal de Saúde) né. Por já ser né, prematuro, as vezes já ter nascido...é para vir para cá (Consórcio Intermunicipal de Saúde). Mas eu não sei, as vezes acho que acaba indo para lá (Secretaria Municipal de Saúde).”

P9

P6 e P7 relatam que os bebês passam primeiro pela Secretaria de Saúde do Município de Irati/PR. Já P8 e P9 divergem de seus colegas de trabalho. P8 aponta que o bebê tem sua 1ª consulta no próprio serviço, ou seja, no Consórcio Intermunicipal de Saúde, e P9 com dúvida, sugere o atendimento ser no Consórcio Intermunicipal de Saúde ou na Secretaria de Saúde do Município.

Em outro serviço, no Hospital Santa Casa de Irati/PR, P13, P14, P15, P16 e P18 nos informam sobre outro local em que seria a 1ª consulta dos bebês prematuros:

“Vai ser aqui no ambulatório (do Hospital Santa Casa), nós que marcamos.”

P13

“Quando eles ganham alta é no PS. É aqui mesmo (“Ambulatório” do Hospital Santa Casa). Os prematuros..os outros eles voltam para o postinho.”

P14

“Aqui (Hospital Santa Casa) com uma semana de vida.”

P15

“Eu acredito que é aqui no ambulatório (do Hospital Santa Casa) com a Doutora M. que ela atende.”

P16

“É aqui no ambulatório (do Hospital Santa Casa), aham, que daí lá na secretaria eu não sei qual é o tempo que elas levam para conseguir agendar.”

P18

Todas as respostas foram às mesmas, ou seja, o primeiro atendimento seria no “Ambulatório” do Hospital Santa Casa de Irati/PR. Esse espaço de atendimento foi organizado recentemente, por uma médica pediatra do próprio hospital. Conforme seu próprio relato:

“Pois é, quando eu não estava na gerencia da UTI essas crianças eram dada alta, e caíam na rede pública de saúde sabe Deus lá como né. Virava e mexia, voltava e internava aqui, e muitas vezes voltava...voltava morrendo né, algumas vezes morria mesmo. Então quando eu assumi, eu resolvi fazer o ambulatório dos meus pacientezinhos que estão internados. Então a gente instituiu o ambulatório, só pediátrico [...] vai até um ano de acompanhamento com eles.”

P15

Embora os profissionais desse serviço soubessem para onde as crianças eram direcionadas, não podemos deixar de notar como os serviços não se comunicam. As respostas foram focadas para o próprio ambiente de trabalho, e alguns profissionais tiveram dúvidas para onde essas crianças eram direcionadas, por isso muitas divergências apareceram.

A existência desse ambulatório pode não ser de conhecimento dos demais serviços de saúde na cidade, e vice-versa. Assim como o serviço de saúde multiprofissional, o Consórcio Intermunicipal de Saúde, não faz parte do conhecimento de outros profissionais. Então, diante dessa situação, questionamos a existência de uma rede de serviços voltada a saúde dos prematuros que realize o acompanhamento desses bebês.

#### ***4.2 DESCOMPASSO NA COMUNICAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE E AS FAMÍLIAS***

Outro ponto relevante mencionado nas entrevistas se refere ao modo de contato que esses profissionais estabeleciam entre si, e entre os serviços, onde obtinham ou buscavam informações sobre a gestante e o bebê, no decorrer dos atendimentos nos serviços.

As formas de comunicação mencionadas foram a carteirinha da gestante e do bebê e o contato telefônico, conforme segue os discursos:

“[...] sempre a gente está verificando a partir da carteirinha de vacinação, a questão do peso, a questão dos....do acompanhamento dessa mãe na pediatria ali (Secretaria Municipal de Saúde) também sabe [...] Na verdade é por contato telefônico, eles vem aqui conversam sabe, então eles (Pediatria da Secretaria Municipal de Saúde) passam da mãe, passam da criança, há a necessidade mesmo do atendimento, pela criança ser prematura sabe. Então esse risco social dessa criança sabe, eles (Pediatria da Secretaria Municipal de Saúde) passam para a gente uma preocupação os profissionais, então a gente vê que isso é feito em Irati sabe.”

P1

“[...] tem que acompanhar, então tem que ter essa comunicação né...assim como eu tenho com as gestantes de risco...ó eu to com uma gestante que já não veio na segunda consulta, liga lá (Consórcio Intermunicipal de Saúde), vai atrás, me dão retorno sabe [...] Quando eu preciso eu ligo...quando eu preciso eu ligo. Até porque elas (gestantes) retornam aqui (Secretaria Municipal de Saúde) para nós né, é conjunto...então eu vejo tudo, e o nosso meio de comunicação também é a carteirinha da gestante senão não teria né. A carteirinha é o meio de comunicação com qualquer equipe multiprofissional como o hospital, com o consórcio, você pegou ali e vê o que está sendo feito com ela.”

P2

“[...] E a gente tem o plano de cuidados que fica na carteirinha da paciente, então tudo que é feito com ela aqui (Consórcio Intermunicipal de Saúde), tanto por mim quanto pelas outras meninas da equipe é...a gente anota no plano de cuidados, então ela vai chegar com a carteirinha lá, o município vão saber o que foi feito aqui (Consórcio Intermunicipal de Saúde) sabe...então o que...qual que foi o atendimento, qual que foi a orientação que foi dada, tudo sabe...e daí quando eles tem alguma dúvida eles ligam.”

P5

“Sempre na dúvida a gente sempre tem assim essa coisa de um entra em contato com o outro, né...tanto na Santa Casa também, porque a gente pesa algumas crianças eu faço acompanhamento do peso aqui que são do ambulatório da Santa Casa.”

P4

“Acho que umas duas vezes só, ainda que era uma paciente assim que...bem complicado sabe, daí teve que..que é...o pré-natal e aqui, tivemos que conversar [...] Tanto que a gestante vem com a guia, vem o porquê que ela está voltando para cá e...fazer acompanhamento aqui (Consórcio Intermunicipal de Saúde) como lá

(Secretaria Municipal de Saúde). Mais eles não sabe...sabem daqui (Consórcio Intermunicipal de Saúde) porque lêem, nós sabemos de lá (Secretaria Municipal de Saúde) porque nós lemos[...] não é sentar conversar...é no máximo assim telefone...telefone, mais assim sentar e conversar não.”

P10

Os discursos nos remetem a uma comunicação superficial e pautada em técnicas médicas como sendo o necessário à gestante e ao bebê. Tal situação gera questionamentos sobre a suficiência de verificar carteirinha e contato telefônico como forma de cuidado. Acreditamos que essas ações estão pautadas não menos que num viés biológico, contradizendo sobre a forma de cuidar humanizada, pois considerar a carteirinha, onde contém os procedimentos médicos e técnicos, e o contato telefônico para discutir sobre os casos, não são atitudes comprometidas com a humanização, já que o contato direto com o paciente não ocorre.

Silva e Menezes (2002, p. 64) ponderam sobre o assunto, salientando que o compromisso com a humanização, não significa apenas dar sorrisos, ter sentimentos de alegria e “aceitação incondicional do paciente”, mas o trabalho só fará sentido se “trouxer a marca da resistência a toda política de saúde que anula os direitos dos cidadãos, seja ele o cuidador ou o que necessita de cuidados.” Pensando por esse ângulo, entendemos que as mães e os bebês estão sendo excluídos em sua existência, pois não são considerados em todos os seus aspectos.

O modo de atendimento e cuidado nos ambientes de saúde se tornou tão caótico que o cuidado, subentendendo-se que deveria ser humanizado, precisou se tornar humanizado. Assim como pontua Collet e Rozendo (2003, p. 189), em que esquecemos “de humanizar o cuidado justamente por entender que em si o cuidado deve ser humanizado”.

Em um estudo realizado por Schneider *et al* (2009), os autores constataram que a comunicação nas relações interpessoais é uma forma de humanizar o cuidado, e que ocorrem falhas pelos profissionais da saúde nessa comunicação, na medida que os profissionais priorizam as ações técnicas, desprezando a comunicação, sendo esta, elementar no relacionamento humano.

Houve profissionais que mencionaram não existir contato com os demais e com os outros serviços na cidade, conforme os relatos:

“Na verdade eu não sei como que acontece essa questão do contato entre lá (Secretaria Municipal de Saúde) e aqui (Consórcio Intermunicipal de Saúde) daí né [...] Não... isso eu nunca vi acontecer, pelo menos com a gente aqui não, talvez se acontecer alguma coisa é repassado para a F. (Enfermeira responsável pelo setor) né.[...] a não ser que seja algo excepcional assim mesmo, senão não tem...não vejo assim um retorno de lá (Secretaria Municipal de Saúde) para cá (Consórcio Intermunicipal de Saúde), sabe...e eu não sei se é uma questão....talvez...isso é o que eu acho [...] .talvez assim também, a questão de ir atrás lá (Secretaria Municipal de Saúde) ...talvez não se vá depois que a criança já está lá na secretaria de saúde não vem para o consórcio...não se vá lá, até por questão assim de...digamos, como que eu posso explicar, não se intrometer, já que deixaram lá, não sei o que eu acho...talvez seja alguma coisa assim sabe, porque tem, sempre tem umas “richas” e tals, mais então...acaba que...eu acredito que talvez seja isso que não tenha mais liberdade de estar indo lá atrás ou...não sei...na minha opinião, [...] porque eu não sei realmente como que acontece.”

P7

“Não... a gente não tem contato, não [...] então eu não tenho esse contato, é um dificuldade né, uma grande dificuldade, eu acho que não só na minha área, mais também em outra área, porque você poderia trocar mais, uma idéia né, e a gente não tem esse contato né. Eu acho que o contato...o contato maior é quando surge um problema ou quando tem alguém.”

P8

“Não. Não tem esse contato [...] contato é pouco né.”

P9

“[...] o que falta aqui de Irati, aqui para nós, é eu acho que é mais comunicação, sabe. Vejo assim ó, se....se vem para cá (Consórcio Intermunicipal de Saúde), veio do pré-natal, com a guia que é alto risco, então chegou aqui (Consórcio Intermunicipal de Saúde), é alto risco, é...ele...no....é...na ficha de pessoa lá, já né....vai estar que é....é....é alto risco, quando for para o hospital, no hospital vai a carteirinha com o carimbo desse tamanho (faz um gesto com a mão indicando que é grande), alto risco, o próprio hospital, poderia já encaminhar, não precisava voltar para o município, eu acho que não precisava voltar para o município, para depois vir né.”

P10

Além da alusão da não existência de contato entre os profissionais e entre os serviços, houve também a questão de existência de comunicação quando algum caso é grave e demande maior atenção dos serviços, porém, pensamos que não seria somente nesses termos que os profissionais deveriam se comunicar. Considerando a humanização no cuidado, Pan (2014, p. 22) menciona que a indefinição sobre o que significa humanização manifesta significados incompatíveis, o que revela práticas desiguais voltadas à saúde, entre os gestores e os serviços. Diante disso, humanizar não remete somente ao sentido de cuidado, mas também, nos “processos de produção de saúde em sentido amplo, ou seja, os processos de trabalho”.

Outra questão apontada foi à dificuldade de relacionamento entre os serviços e profissionais para que a comunicação acontecesse. Isso pode ser observado no discurso de P4:

“[...] Daí o que acontece, cada médico tem a sua conduta né, um fala uma coisa outro fala outra, a gente estava percebendo assim que essas mães, estavam né... faço o que uma fala, faço o que a outra fala, então na verdade assim, a gente estava se desconstruindo.”

P4

Sobre esse desencontro mencionado consideramos preocupante, já que trata de um descompasso nos atendimentos, ou seja, não está ocorrendo de forma integral. As famílias e os próprios profissionais ficam sem ação diante de uma situação como essa, pois, não há respaldo de um serviço e de profissionais que garantam ações conjuntas e eficientes no cuidado com o bebê e a família. E então, essa confusão causada na mãe é muito comum, já que o trabalho conjunto não existe, e cabe a mãe, muitas vezes, decidir sozinha, o que é melhor para o bebê, e ainda, isso implica em não comparecer aos atendimentos.

No relato de P3, vemos uma justificativa para que a comunicação seja restrita:

“[...] a gente acaba na correria do dia a dia entrando em contato quando há algum caso em comum, né, algum caso em comum. [...] acredito que os setores deveriam conversar mais, mas é extremamente corrido.”

P3

As tarefas no cotidiano são levadas como motivos pelos quais os profissionais não conseguem manter a comunicação. Esse fato nos remete a pensar na organização dos serviços e a maneira pela qual se estrutura. Essa forma de organização não está pautada para atender o indivíduo de uma forma abrangente, já que as atividades corriqueiras são motivos para que os profissionais não tenham contato entre si, e muito menos com as famílias.

Collet e Rozendo (2003, p. 189) mencionam em seu estudo, que a sobrecarga de trabalho no cotidiano, conduz em uma assistência “mecanizada e tecnicista, não-reflexiva”. Consideramos ainda, que em decorrência disso, o relacionamento e comunicação entre os profissionais ficam comprometidas nessa forma de trabalho.

### ***4.3 A FRAGMENTAÇÃO DO CUIDADO AO PREMATURO E AS FAMÍLIAS***

Outra questão que emergiu nas falas das entrevistas foi com relação ao acompanhamento dos bebês prematuros, após a alta hospitalar. Isso é importante na medida em que se configura como uma fase do Método Canguru, sendo a 3ª fase, correspondente à fase ambulatorial.

P2, P4, P6, P7 e P12, ponderaram sobre o tema da seguinte maneira:

“Ele vai ser acompanhado, sempre nas unidades básicas, porque o acompanhamento e as outras vacinas também vai ser nas unidades básicas. Então ele não perde o contato com o atendimento né. Então ele sempre vai ter que...a equipe faz busca ativa dessa criança, por meio dos agentes comunitários de saúde né.”

P2

“[...] mais a gente está fazendo mais aqui (Secretaria Municipal de Saúde) mesmo porque lá (Consórcio Intermunicipal de Saúde) vem outros municípios, então aqui em Irati a gente fica mais aqui (Secretaria Municipal de Saúde), mais a doutora também atende lá no consórcio [...] Então na verdade assim, é...é aquilo que gente falou, é tem o posto de referência né, tem as unidades de saúde né, então, quando a criança nasce já vai essa via rosa (mostrou o documento), para elas, então elas sabem que o neném da Maria por exemplo, mora lá na Vila São João, e ele é um prematuro, né, então,

o agente comunitário vai atrás, né, ver se já está lá, ou não está. Então essa criança vai aparecer no posto lá ou aqui (Secretaria Municipal de Saúde), em algum lugar ela vai, e a gente já direciona ela, essa DNV (Declaração de Nascidos Vivos) vai para o posto, então eles sabem que nasceu criança da Maria, por exemplo, que é prematuro.”

P4

“É. É para ser (Equipe de atenção básica). Mas é bem difícil de acontecer essas coisas assim. Pelo certo né, pelo...é para elas irem fazer a visita domiciliar, tudo isso, mas não acontece. Ali no hospital eles já grampeiam na carteirinha em 5 dias, 7 dias ir até a atenção básica e tal. Então elas acabam procurando e não...o serviço procurando elas que seria o correto né.”

P6

“[...] Quando chega aqui (Consórcio Intermunicipal de Saúde) é feito esse acompanhamento, só a única questão que foge do alcance aqui do consórcio é a questão que não é o consórcio responsável por essa marcação para vir de lá (Secretaria Municipal de Saúde) para cá (Consórcio Intermunicipal de Saúde) né.”

P7

“[...] a Doutora prefere que fique com a Doutora (“Ambulatório” do Hospital Santa Casa), porque as condutas são diferentes né, da pediatra lá da secretaria com a doutora [...] então...só que assim...a gente que nem eu te falei, peso, vacina, é...essas coisas elas fazem na secretaria, essa puericultura, agora, digamos assim se o bebê está com resfriado, se o bebê não está mamando bem, se está perdendo peso, a doutora prefere ela atender aqui (“Ambulatório” do Hospital Santa Casa), porque ela já tem esse acompanhamento né, aí as mães já tem...a...a consulta marcada, então elas vem nesse dia, né, aí elas já tiram todas as dúvidas do que está acontecendo.”

P12

De acordo com as respostas, os profissionais mencionam a Unidade Básica de Saúde (UBS), a Secretaria Municipal de Saúde da cidade, o Consórcio Intermunicipal de Saúde e os Agentes Comunitários de Saúde, como responsáveis por acompanharem os bebês prematuros, após alta hospitalar.

P12 menciona a seguinte questão: “se o bebê está com resfriado, se o bebê não está mamando bem, se está perdendo peso, a doutora prefere ela atender aqui (“Ambulatório” do Hospital Santa Casa)”. Consideramos importante destacar essa fala, no sentido de salientar que o atendimento para as crianças só ocorre quando há doença (“se o bebê está com resfriado, se está perdendo peso”), ou seja, o atendimento

gira em torno da doença, o que evidencia um atendimento e cuidado fragmentado ao bebê e a família.

Apesar de alguns sugerirem para onde os bebês fossem acompanhados, houve outros profissionais que não tinham certeza, ou não sabiam para onde essas crianças eram direcionadas, conforme segue alguns relatos:

“Acontece esse atendimento sabe, só que eu não sei te dizer exatamente quem é responsável por isso né, mas eu acredito que está sendo feito, porque eles (Pediatria da Secretaria de Saúde de Irati/PR) têm uma preocupação ali quando o bebê vem prematuro para a gente.”

P1

“Não...não sei.” (com relação ao acompanhamento dos bebês)

P3

“Não [...] mais as que não passam por aqui (Consórcio intermunicipal de Saúde) eu não sei te dizer sabe.”

P5

“A continuidade dos atendimentos em todas as áreas do SUS aqui é muito difícil acontecer a continuidade do trabalho [...] E prematuro também não...não...muito menos daí né, para dar continuidade [...]”

P9

“Não...não...depois que...é que nem as gestantes daqui, muitas saem daqui (Consórcio Intermunicipal de Saúde) nós não temos nenhuma notícia mais, acabam não voltando...acaba não voltando [...] E nós acabamos muitas vezes assim, as crianças...é gestante de alto risco, a criança sai do hospital, nós nunca mais temos notícias, e ninguém..eu acho que não tem quem vá atrás disso para...que nós saiba assim não tem. Por isso que eu falei dos agentes comunitários, que eu acho que deveria ter mais né, para poder fazer assim uma...cobrir mais essa parte, e daí eles podem trazer para a gente.”

P10

Tomando com base os discursos, observamos que os principais pontos colocados foram o não conhecimento de quem ou o local para onde as crianças fossem acompanhadas; a não existência do contato com as mães e os bebês após alta hospitalar; o difícil acompanhamento pelos Agentes Comunitários de Saúde, e de modo geral, a complicada realização pelo SUS dos acompanhamentos.

Novamente esbarramos com contradições entre os profissionais, pois enquanto uns mencionaram para onde as crianças fossem acompanhadas, outros não sabiam dar essa informação.

Considerando a política pública preconizada para os prematuros, notamos claramente que a 3ª fase do Método Canguru não ocorre, pois conforme recomenda a política, algumas ações devem ser desenvolvidas nessa fase, como exame físico completo na criança (grau de desenvolvimento, ganho de peso, comprimento e perímetro cefálico); avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família; corrigir situações de risco (ganho de peso inadequado, sinais de refluxo, infecções e apnéias); orientar e acompanhar tratamentos especializados (exames oftalmológicos, avaliação audiométrica e fisioterapia motora) e orientar na observância do esquema adequado de imunizações (BRASIL, 2000). E, além disso, uma equipe multiprofissional deve estar envolvida nesse acompanhamento (BRASIL, 2011c).

Embora, haja na cidade um serviço multiprofissional, o Consórcio Intermunicipal de Saúde, os atendimentos não ocorrem efetivamente para acompanhar as famílias e o bebê e cumprir com o preconizado na política. E, portanto, observamos os descompassos para aonde essas crianças são direcionadas, sugerindo que essas crianças ficam “perdidas” e com “sorte” são atendidas, e recebem o mínimo de acompanhamento, o básico, sendo pesagem e vacinação, já que, como dito, não há um atendimento integral para os bebês.

Em um estudo realizado por Pan (2014), constatou que o número insuficiente de Unidade Básicas de Saúde e Equipes de Estratégia Saúde da Família, inviabiliza a abrangência de cuidado e acompanhamento dos usuários no sistema. E ainda no mesmo estudo, com relação aos Agentes Comunitários de Saúde, estes não relataram em seus discursos “a importância da formação de vínculos com as famílias, de conhecimento e mapeamento dos territórios, da identificação dos determinantes sociais do processo saúde-doença em suas microáreas, etc” (PAN, 2014, p. 51). Podemos dizer que essa situação parece estar ocorrendo no sistema em Irati/PR, considerando não haver acompanhamento efetivo para as crianças, também questionamos o número suficiente de Estratégias Saúde da Família e de

Agentes Comunitários de Saúde na região para dar suporte na continuidade de uma assistência integral.

Refletindo sobre o frágil acompanhamento dos profissionais de saúde com as famílias, Rockenbach e Santos (2009), corroboram com a questão, conforme os achados em seu estudo, que a interação do profissional com a família é básica, ou seja, com consultas rápidas, curtas e focadas no peso da criança. Questões como a experiência cotidiana dos pais com a posição canguru e o bebê não eram mencionadas.

Outro problema mencionado pelo profissional P6 sobre os acompanhamentos dos bebês foi com relação à marcação dos bebês para os lugares determinados para esse procedimento, conforme relato:

“Então assim, os municípios...eles...o problema dos municípios está na marcação, tudo é a marcação.”

P6

Notamos que esse problema pode se configurar como um obstáculo grande para ocorrer o acompanhamento, pois podemos dizer de um falho funcionamento no sistema de saúde e na gestão, que não está abrangendo os bebês e direcionando-os para continuidade dos atendimentos.

Os serviços de saúde tiveram uma organização do trabalho voltada no saber das profissões e classes “(as coordenações do corpo clínico ou médico, da enfermagem, dos assistentes sociais, etc.)”, e em consequência disso, não partilhavam de objetivos comuns (BRASIL, 2009 a, p. 7).

Considerando a Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2004), esta é articulada com o estabelecimento da integralidade, princípio este que orienta o SUS, e então, envolve todos os níveis de atenção, e condiciona “a ideia de articulação entre os processos de trabalho e a gestão dos serviços e recursos de saúde” (PAN, 2014, p.10). Por isso da importância da comunicação não só entre os profissionais, mais também entre os serviços.

Para que ocorra um melhor funcionamento do serviço, torna-se necessário repensar o modo de gestão, pois uma gestão participativa é caminho para construir mudanças nas práticas em saúde, em que o atendimento se torna eficiente e efetivo, mas também, motiva os profissionais da equipe. “A co-gestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde” e com isso minimizar o mau funcionamento do serviço (BRASIL, 2009a, p. 8).

O problema do direcionamento dos bebês de gestantes de alto risco, após a alta hospitalar, para o serviço multiprofissional (Consórcio Intermunicipal de Saúde) foi mencionado por P4 e P9.

“Na verdade assim, se fosse direcionada para um local só, né...saiu da UTI e fosse para lá (Consórcio Intermunicipal de Saúde), ou viesse para cá (Secretaria Municipal de Saúde), que as vezes acaba se perdendo algumas coisas no caminho né, você achando que está indo lá (Consórcio Intermunicipal de Saúde), e não está indo lá (Consórcio Intermunicipal de Saúde), e está vindo aqui (Secretaria Municipal de Saúde), né, fica aquela coisa assim, né, então você vai pegando, assim. Mais aqui Irati assim, não é número muito grande de prematuro. Tem bastante, mais não é assim aquela coisa que vai fugir do teu alcance.”

P4

“Irati...olhe...Irati tem pouquíssimas gestantes de Irati, de alto risco também, o que mais aparece de Irati é os maiores [...]. Mas os bebês de Irati mesmo, muito difícil, porque já vem da alto risco né...das gestante de alto risco não são encaminhadas, daí conseqüentemente não tem muitos bebês né, de Irati mesmo.”

P9

Destacamos nas falas as seguintes questões mencionadas: a não abrangência das gestantes nos serviços; o próprio sistema de saúde da cidade, não encaminhar as mães de alto risco para o serviço especializado, e, não haver número significativo de prematuros na cidade de Irati/PR.

Esses apontamentos nos remetem a dizer de um serviço de saúde com problemas sérios de comunicação e abrangência, apesar de P2, contradizer com a sua percepção.

“A gente consegue, porque é centralizado (Secretaria Municipal de Saúde- Pré-natal) né, diferente se em outro....se fosse descentralizado. Se cada unidade atendesse a sua gestante a gente não teria o controle. Mas como é centralizado a gente tem esse controle porque a gente vê elas todo mês, depois cada 15 dias e toda a semana, então você vai avaliando a cada consulta. Né, aqui a gente tem também médicos todos são obstetras, então eles tem capacidade para atender essas gestantes de alto risco também, não é um clínico geral que está atendendo elas.”

P2

Tendo em vista o argumento de P2, observamos que isso não é real, já que temos outros relatos que não condizem com o profissional.

O fato também que observamos que o encaminhamento das gestantes de alto risco para o Consórcio Intermunicipal de Saúde, que é um serviço especializado e multiprofissional, não ocorre, apesar de P2 relatar que na Secretaria Municipal de Saúde, os atendimentos para as gestantes de alto risco possam ser garantidos, nos gera indagações com relação à suficiência disso, já que tem na cidade um serviço especializado para atender essas gestantes de risco, qual seria o motivo de não usá-lo. Conforme P9, as gestantes de Irati/PR não comparecem a esses atendimentos, o que consideramos outra falha na assistência, subentendendo novamente que a comunicação entre os setores de saúde não ocorre da maneira como deve acontecer. Em decorrência disso, as mães e bebês não estão sendo assistidos e assegurados no cumprimento da assistência.

Como mencionado por P4, o profissional sugere que na cidade não há uma quantidade de prematuros que não permita o alcance do sistema. Percebemos que isso se contradiz de acordo com o Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC), que nos aponta sobre índices significativos de nascimentos prematuros em Irati/PR. No ano de 2011, Irati/PR apresentou 8,72% de índice de prematuridade, sendo maior em comparação com o estado do Paraná no geral, com índice de 7,23% e a capital Curitiba, com índice de 7,34% de prematuridade (BRASIL, 2014a). Esse é um dado preocupante, na medida em que vemos profissionais e o sistema não conseguindo oferecer serviços e atendimentos necessários para essa população. E, além disso, percebemos através dessa profissional uma prática totalmente desconectada da realidade, pois os índices comprovam a alta incidência

de nascimentos prematuros e o discurso da profissional envolvida no sistema não condiz com o fato de um problema de saúde pública do município.

P9 menciona sobre certa rivalidade nos serviços, que origina essa falta de encaminhamento das gestantes para o Consórcio Intermunicipal de Saúde.

“[...] Eu não sei assim...eles estão aqui, por questão...por questão política mesmo, ah é uma “richa” assim sabe...e que elas não querem mandar para cá (Consórcio Intermunicipal de Saúde), porque não sei o que o consórcio...sabe...então a gente só houve falar [...]”

P9

Com relação a essas “richas”, entendidas como uma rivalidade nos serviços, de acordo com Pereira e Silva (2013), é uma condição que advém da falta de diálogo e, a questão da soberania entre os profissionais da equipe, e a desconsideração das opiniões e conhecimentos dos demais profissionais, reflete uma interrupção nas relações dos mesmos e, como consequência, na eficiência dos atendimentos aos usuários.

Outra questão sobre os encaminhamentos das gestantes de alto risco para o Consórcio Intermunicipal de Saúde, para acompanhamento dos bebês e das mães, é o fato da mesma pediatra estar atendendo nos dois setores de saúde, sendo a Secretaria Municipal de Saúde e no Consórcio Intermunicipal de Saúde. P4 relata:

“Na verdade, ele (bebê) vem aqui (Secretaria Municipal de Saúde), vai passar com a doutora, se a doutora achar que deve ir lá (Consórcio Intermunicipal de Saúde), ela manda para lá (Consórcio Intermunicipal de Saúde), mas a médica é a mesma, né, a doutora M. atende lá (Consórcio Intermunicipal de Saúde) e aqui (Secretaria Municipal de Saúde), tem crianças as vezes que ela manda...acompanhar lá (Consórcio Intermunicipal de Saúde), e tem outras crianças ela acompanha aqui (Secretaria Municipal de Saúde).”

P4

O fato de a mesma médica atender nos dois serviços de saúde, pelos quais as gestantes são atendidas, gera maior comodidade tanto das gestantes como pela própria pediatra em atender em único local. Porém, essa ação pode não corresponder para um bom funcionamento do sistema, na medida em que os outros

setores não sabem o motivo disso estar acontecendo e não estão envolvidos nessa decisão.

Apesar de fatores desfavoráveis no cuidado a família e aos bebês, é interessante notar a percepção de alguns profissionais frente à assistência aos prematuros, que descrevem estar ocorrendo de uma maneira adequada, ou ainda, que está satisfatória. Observamos vários discursos dos profissionais entrevistados, destacando os seguintes relatos:

“Eu acredito que está sendo assistido esses bebês, que a gente vê a preocupação, muito da pediatria em relação a esses bebês quando eles vem para nós (Secretaria Municipal de Saúde).”

P1

“Eu noto que está havendo essa preocupação em qualificar os serviços [...], então assim, está havendo essa qualificação e a gente preza muito pela questão de criança é prioridade. Então criança é prioridade, tem que ser prioridade absoluta, nesse sentido mesmo de priorizar o atendimento as crianças e a assistência está...eu acredito que está sendo bem integral mesmo, considerando a individualidade, mas integral pelas unidades de saúde da família que estão estruturadas hoje em dia em alguns pontos, nos outros pontos em que não há as unidades básicas de saúde..então...é...eu acredito que está sendo cada vez mais qualificada e tende a qualificar mais né a partir...a partir do que temos não vamos regredir, vamos...vamos para frente né.”

P3

“Setores tem bastante, são vários os setores, você veja, tem a pediatria de alto risco lá, tem aqui(Secretaria Municipal de Saúde), tem o ambulatório, então o suporte está bom [...].”

P4

“[...] Então os bebês da Neo, eu sei que...que eles tem uma assistência muito boa, assim sabe, depois que saem daqui (UTI Neonatal) [...].”

P12

“É uma assistência muito boa, o bebê entra aqui (Hospital Santa Casa), tem toda a assistência, então ele fica aqui tem toda a assistência, ganha peso, sai daqui, depois tem acompanhamento, então é bem legal. Acho bem bom porque né, nasce prematuro, vem para cá, tem todo acompanhamento, faz todos os exames que precisa tudo. Depois sai daqui, tem mais acompanhamento

(“Ambulatório” do Hospital Santa Casa), então é bem boa. Eu acho que o bebê está bem assistido.”

P17

Os destaques para essas falas são: O bebê estar sendo bem assistido; haver uma assistência integral e ter um bom suporte de assistência a essa população.

Essas percepções não condizem com um sistema de saúde, cujo fluxograma das gestantes, comunicação e acompanhamento após alta hospitalar dos bebês são carregados de problemas de funcionamento. Podemos notar no relato de P14 e P17, que trabalham no mesmo serviço, no Hospital Santa Casa da cidade, que mencionam uma boa assistência para os bebês prematuros, pois o hospital fornece serviço como UTI Neonatal e o “Ambulatório” para acompanhamento. Parece óbvio essa percepção positiva com relação à assistência, por estarem em um serviço que oferece esses procedimentos, porém, cabe ressaltar sobre o conhecimento deles a respeito dos demais serviços que deveriam prestar assistência aos bebês, e ainda, a centralização de um cuidado somente hospitalar como sendo suficiente para atender os bebês. Como mencionado, o “ambulatório” do Hospital Santa Casa, foi organizado recentemente, por iniciativa de uma médica pediatra do local. O atendimento oferecido é somente médico, não havendo outros profissionais para atender as mães e os bebês, conforme preconiza a política.

Embora surgiram posicionamentos positivos com relação à atenção a saúde do prematuro, houve relatos sobre uma assistência falha em alguns aspectos, conforme segue as falas:

“O que eu acho assim...precisa melhorar uma atenção básica, com mais Estratégia de saúde da família, né, porque hoje a ESF estão responsáveis por uma área de abrangência maior que a capacidade delas, então isso precisa melhorar muito. É...que você não consegue numa equipe responsável por um bairro inteiro, uma população [...] Uma maior atenção...maior investimento a atenção básica...é...média e alta complexidade, seria o mínimo né..então...se você tendo uma atenção básica bem estruturada você não precisa investir tanto em alta complexidade né, até porque o custo seria menor né.”

P2

“Na verdade assim né...a questão acho que principal é essa questão do acompanhamento pós né...até o acompanhamento acho que

antes do bebê nascer é feita né...bem né...as mães vão lá (Hospital Santa Casa)..vem aqui (Consórcio Intermunicipal de Saúde) as de alto risco, mesmo assim tem a questão de algumas mães a gente sabe que tem alto risco mais os médicos não encaminham para cá né...porque esse encaminhamento é feito pelos médicos do pré-natal. [...] acredito que talvez essa assistência pode quebrar ai por né...não ser realizada integralmente por uma questão de...dessa parte burocrática.”

P7

“[...] eu acredito que é essa prevenção de problemas [...] a nossa saúde hoje em dia né tem tantos problemas, mais são tantos problemas desse ‘tamainho’ que...que pode evitar né [...] é só pegando mesmo que o problema em si, sabe, não tentando amenizar, ou tentando não passar por esse problema. Poderia ser melhor né, poderia ser muito melhor o atendimento no geral assim , poderia ser melhor.”

P8

“[...] Mas assim como assistência integral do jeito que você fala assim, eu acho que é muito pouca né [...] Na verdade esse negócio de trabalho multiprofissional, interdisciplinar é muito novo né, a gente está pelejando para conseguir aqui no consórcio né, porque antes não tinha nada né, e você sabe, é o modelo médico né, que a gente nossa....”

P9

“O que aos meus olhos, o que eu vejo, dentro da Santa Casa eu acredito assim que o trabalho aqui fortaleceu muito a questão do vínculo e dos direitos da mãe e do bebê que o tratamento evolua de uma maneira eficaz, o que preocupa sempre é o município né, porque às vezes o município descobre alguns direitos né, daí às vezes uma consulta que a gente precisa agilizar de um especialista, a gente liga para o município tenta otimizar, não, não dá, não pode não tem verba, não é assim, não está atendendo, só daqui 2 meses, e o bebê precisa desse atendimento imediato. Eles não tem essa visão emergencial que as vezes uma criança precisa, então eu acho assim, o que falha é a atenção básica do município, sabe. Aqui dentro (Hospital Santa Casa) o que eu vejo transcorre de uma maneira não correta, mas de um meio que a gente pode, a gente faz o melhor.”

P11

“[...] então ele está bem falho esse programa ainda aqui (Hospital Santa Casa) né, a gente tenta fazer o máximo que pode mais né..é..questão burocrática, é questão de atendimento assim...é o lugar para atender não tem né, então, eu acredito que...quando eles estão aqui (Hospital Santa Casa) dentro a gente consegue acompanhar, agora quando eles saem daqui já não tem mais como

fazer essa última fase que a gente diz, que daí [...] ai vai de alta, ai que eu falei que acontece isso que a gente marca (no “Ambulatório” do Hospital Santa Casa), mais não vai até 2 anos de idade, vai..eu acredito assim, que até 6, 7 meses talvez, ou menos até, sabe, eu acho que esse programa tem muito o que ser feito ainda, porque eu acho que é...aqui é o único hospital que faz né...tem UTI aqui...a gente está tentando fazer [...] mais eu acho que tem muito ainda essa questão do acompanhamento depois né, que quando está aqui (Hospital Santa Casa) a gente consegue, pior quando vai de alta né.”

P12

“Eu acho que aqui em Irati não tem acontecido né, o que a gente tem visto até, né, sem expor profissional específico, mais o acontece, o bebê prematuro acaba saindo daqui (Hospital Santa Casa)...mais aquelas cotidianos acabam indo para o postinho e alguns profissionais acabam aconselhando –não tira do seio por ser prematuro coloca no aleitamento artificial- então elas não...isso quando elas são assistidas em outros casos, elas acabam não sendo assistidas. Então eu acho...por isso que a gente realmente percebeu essa necessidade né, tanto não só pediatra vê os aspectos globais, gerais né do recém-nascido do prematuro, mais nós também, uma equipe multiprofissional ver né [...] mais é de extrema importância eu acho para a qualidade de vida tanto do bebê como da família, da mãe sempre segura, acolhida, orientada, tudo isso faz muita diferença para o bebê e para a família.”

P14

“Eu acho agora, na verdade não só os prematuros, mais no geral muito falho, que a gente está sem uma demanda de pediatra na cidade. Porque a gente não tem suporte, igual...não falando só nos prematuros, mais no geral, o neném sai, ai a gente não tem assim um pediatra né que fique disponível né, principalmente na..nas...na rede pública, né, para conseguir uma consulta na secretaria é demorado, e diz que não tem pediatra, e daí tem que ser só um clínico geral né, então eu acho falha essa assistência depois do...né...na rede pública na secretaria de saúde.”

P16

“É, na verdade é bem complicado né de responder isso né, porque tem casos assim sabe que foi falha mesmo né, que deveria ter sido..assim...um atendimento melhor, ter dado mais atenção para certos fatos, para né...que acabam tendo complicações que poderiam ser evitadas, que acabam vindo para cá (Hospital Santa Casa) né, nesse sentido. E..mais tem muitos casos assim que melhorou bastante assim né, mais ainda há falhas né. Falhas no sentido de não ser..de que...de qual parte, mais talvez do pré-natal sabe, talvez uma atenção melhor do médico de...de...ter visto algum...alguma coisa assim...complicado falar (risos). Nesse sentido assim, né..sei lá..não sei...(risos).”

P18

“Então eu acho assim que devia que se investir mais na saúde primária né, no ambulatório, nos cuidados, uma equipe multidisciplinar do município em si, porque o ambulatório quem cuida hoje é a médica da UTI Neo, com a enfermagem que é um trabalho né voluntário e não o município que disponibiliza de uma equipe para atendimento né, então eu penso assim que é muito mais barato você ter um atendimento primário, você acompanhar, ter um retorno, acompanhar peso, crescimento, desenvolvimento do que muitas vezes você ir lá para a curativa...num estágio as vezes que cai aqui (Hospital Santa Casa) para nós de desnutrição, de complicações né, do que você estar fazendo a parte primária [...] você sabe que o que preconiza o ministério puericultura, acompanhamento até o 1 ano de vida independente é..neo ou a termo e a gente vê que isso não acontece [...] mais não aquela rotina né...de...mensal., de ter um acompanhamento [...] você pega crianças na pediatria com a carteirinha atrasada, ninguém foi atrás, cadê o acompanhamento né, então a carteirinha está atrasada ninguém foi ver o por que que essa criança a mãe não apareceu vacinar.”

P13

Observamos que a percepção com relação à assistência aos bebês tem pontos negativos para esses profissionais. Argumentos como investimentos na atenção básica, a fim de barrar problemas futuros, bem como falhas nos serviços e questão burocrática fazem parte de seus discursos.

Esses achados podem ser corroborados com Brasil (2009b, p. 17 e 18), que pondera que os modelos de gestão centralizada a comunicação segue moldes verticalizados, ou seja, “manda quem pode e obedece quem tem juízo”, e, além disso, segue burocratizada e diminuída à “voz de mando” e aos “ruídos de corredores”, o que determina o trabalho fragmentado e alienado. As decisões são realizadas por poucos, e afastam outros trabalhadores de planejar e avaliar suas ações. Em decorrência disso, “as equipes não se conhecem entre si, os serviços não se comunicam e os profissionais não conhecem a realidade do território em que trabalham nem o resultado de suas ações”.

Com relação à questão burocrática mencionada, consideramos ser um impedimento para que o serviço funcione em ritmo adequado, porém, Vila e Rossi (2002, p. 143) salientam que o problema não pode ser somente burocrático, nem de

estrutura e técnicos, mais sim, uma “questão que envolve atitudes, comportamentos, valores e ética moral e profissional.”

Além dessa visão negativa sobre a assistência, houve profissionais que culpavam as mães pela assistência não estar ocorrendo de forma adequada, conforme os discursos:

“Olha, na verdade assim, eu acho assim que o atendimento tem. Às vezes tem um pouco de, por parte de resistência das mães, né, tipo assim, a eu não vou levar porque está tudo bem, essa coisa assim...porque tanto o consórcio...o consórcio hoje, o consórcio intermunicipal ele tem nutricionista, ele tem fisioterapeuta, ele tem psicólogo, ele tem assim, várias é...especialidades que pode acompanhar essa criança, né, então assim, trabalho, e mão-de-obra tem bastante [...] então assim, sabe...as vezes é aquilo que te falei, as vezes alguma mãe tem alguma resistência, acha que a criança está bem...ai não precisam não ela está bem, ela acha assim...nem vou, não é preciso, mais assim, já melhorou bastante né, tanto é que você veja o quanto que já diminuiu né, o índice de mortalidade.”

P4

“[...] e tem algumas mães assim que não levam muito né...a sério né a situação [...] As mães são um pouco negligentes assim, elas não tem noção do que que é ser mãe alto risco, digamos, daí elas acham difícil elas virem, como te falei, tem alguns municípios que são distantes, dia elas tem que vir, ficar o dia todo, sabe, volta só a tarde, para casa, então tem algumas mães assim que elas, elas não vem na consulta sabe, faltam consulta, é elas mesmo pedem para o doutor, ah doutor me dá alta..não sei o que...que é muito difícil, porque tem filho pequeno que tem que deixar em casa sabe, então são situações sociais assim, diversas, que acabam juntando. Então às vezes a mãe ela sacrifica, de repente ela tem filhos em casa.”

P5

“[...] ela (mãe) ainda não se vê a importância dos outros profissionais, é muito atendimento clínico, médico, médico, médico.”

P7

“Eu acho assim que..é...até...até..na...na... na saúde é...hoje em dia as mães acabam abandonando se for ver, porque tem bastante mãe assim que a criança é prematura,daí sai da UTI, fica uns meses levando...e leva aqui...leva ali, aonde marcam leva, mais chega uma hora que a mãe vê a criança, não está apresentando nada, a mãe acaba abandonando. Eu acho assim que, é tinha..que a...o..pelo menos aqui em Irati é...esses agentes comunitários, eles deveriam ir mais atrás dessa parte porque muitas mães acabam ficando de lado, sabe, muitas mães acabam é não ligando para a criança, né

é...muitas mães acabam não fazendo o tratamento certinho que tem que fazer, porque o prematuro tem que ter o acompanhamento até...só que muitas não fazem isso, e a gente vê que não fazem, porque a gente vê a criança que..que vem aqui (Consórcio Intermunicipal de Saúde) só com nós, quando nasce por exemplo, é prematura, teve algum problema de saúde a doutora pede de cada 30 dias trazer,tem mãe que não volta...e daí é falta do que né...a...falta de ter alguém para ir..colocar na cabeça dessa mãe, dessa criança, que tem que trazer. Eu falei tinha que ter uma lei sabe, eu acho assim que tinha que ter uma lei que obrigasse sabe, porque diferente eles não fazem, vêm a melhora..é que nem a gente quando está doente, toma...ai tome 12 dias, toma 5 e melhora não toma mais, e é o que acaba acontecendo que tem criança que a gente acaba não vendo mais.”

P10

A resistência, negligência, abandono e falta de percepção da importância de uma equipe multidisciplinar para cuidar dos bebês, foram características colocadas às mães para que a assistência não estivesse acontecendo de forma correta. Esse fato nos leva a pensar na questão de ser mais cômodo julgar as mães pelo não comprometimento na assistência, do que olhar para o viés profissional. Pensamos que o problema se instala nas duas direções. Acreditamos que uma falha acarreta em outra. O sistema está desorganizado, com fortes crises e desajustes. Nesse momento é mais fácil culpar o outro, do que averiguar o próprio serviço e a gestão.

Com relação à mãe não considerar importante o atendimento de outros profissionais, e considerar o atendimento médico como suficiente, é em decorrência da não existência de um lugar centralizado que atenda as mães e bebês de forma multidisciplinar. O que se observa na assistência com os bebês é somente o atendimento médico. O único serviço de saúde com equipe multidisciplinar na cidade, conforme discutimos anteriormente apresenta problemas no encaminhamento das mães de Irati/PR para o local. Como consequência, elas necessitam procurar outro serviço, e este provavelmente, terá consultas médicas.

Cabe ressaltar, que podem existir outros motivos para que as mães não estejam levando os bebês para as consultas. Conforme um estudo realizado por Siqueira e Dias (2011), as mães relataram dificuldades em conduzir os filhos para as consultas ambulatoriais, devido residirem em locais distantes, gastos com transportes e saírem cedo de suas casas.

Há ainda outra questão encontrada, sendo um fator negativo para uma assistência completa, sobre o modelo médico, apontado pelos entrevistados:

“[...] na verdade a área da saúde, além do médico, devia ter mais profissionais né assim atuantes, que possam não só pegar na hora do toma que o filho é teu né, mais...ali estar orientando tudo [...] porque elas estão acostumadas a receber um...pesar, medir, consultar e pronto, né, que é a assistência básica que a gente tem, que é utilizado até hoje né...aqui (Consórcio Intermunicipal de Saúde) é um diferencial né, então, elas estão acostumadas a isso, pesou, mediu, consultou e vai embora, então..é...é... encontra muita barreira...encontra muita barreira sabe, é resistência com elas.”

P8

“[...] então a gente está procurando tirar esse foco da pediatria e também do modelo médico, não que não seja importante, a gente sabe que é né...mas para focar também nisso né [...]”

P9

O modelo biomédico, ainda é um dos obstáculos no caminho por uma assistência integral. É um modelo que influencia na organização de currículos, pois, tem uma visão mecânica, em que o corpo do sujeito é concebido com uma máquina, combinada com partes que se interrelacionam. Portanto, quando há a doença, esta é entendida como um descompasso em alguma parte do corpo, e então, o conhecimento necessário é fragmentado, representado pelas disciplinas (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

A prática da procura pelo atendimento médico quando está doente, impera em nossa cultura. Isso decorre do “modelo biomédico impregnado” na concepção dos usuários, ou seja, estes “centralizam suas necessidades no médico” (PAN, 2014, p. 53 e 54). Esse modo de atenção, sempre existiu nos serviços de saúde, ou seja, “o que se teve a oferecer durante longo período da história da saúde no Brasil, ainda que de forma racional e escassa, foram os serviços médicos e, sobre eles, recaiu maior valorização” (PAN, 2014, p.55). Diante disso, observamos de acordo com os nossos dados, que a assistência centra-se nesse profissional e ainda, com o conceito de que seja uma assistência suficiente.

Contudo, o sujeito não é um “amontoado de partes”, é um ser que tem história e faz parte da sociedade. Deste modo, as práticas devem ser voltadas para o

individuo e para a comunidade, respeitando a dignidade do ser humano (SILVA; MENEZES, 2002, p. 60).

Marques (2002) argumenta que a atenção à saúde, não somente o cuidado médico necessita incluir novos processos de trabalho e atuação profissional, demandando dos profissionais de saúde a “concepção de saúde ampliada”, para assim, transformar as práticas.

Outra grande dificuldade no sistema é monitorar as gestantes e bebês para dar continuidade ao acompanhamento da díade e não se perderem pelo sistema. P5 e P10 relatam:

“[...] a gente estar encontrando um meio de ter um controle sobre isso sabe, porque eu acho que está meio assim, sabe...ah recebe alta, não teve problema, então acaba ficando sabe [...] como estar monitorando assim, essas crianças, porque assim, a não incomodou então deixa lá sabe, não teve algum problema de saúde, então está bom sabe...e...e... isso não é bom né, porque as vezes tipo a mãe não trouxe, isso não quer dizer que a criança não está tendo problema né.[...] por essas questões assim que a mãe, ela não tem muito...muita consciência, ela acha que não é necessário e daí não...acaba não tendo profissionais suficientes para estar fazendo esse monitoramento, né, e daí quando...quando acontece a urgência, daí corre para....para o hospital, e daí na maioria das vezes né, não dá mais tempo.”

P5

“Bastante perdidas (relacionado às gestantes no sistema de saúde) [...]”

P10

Visando esse monitoramento no sistema, houve ainda conforme discurso de P5, situações, de mães que não passam pelo sistema do pré-natal:

“Não...não vem todos, não...eu observei assim que também acontece aqueles casos que chega e já, tem um consulta e já vai...já...já tem o parto né, então...então....é difícil daí a gente vai lá depois que o bebê nasce, faz uma visita, vê se está tudo bem tal, mais não tem aquele acompanhamento assim sabe, daí é...daí fica a cargo do município né continuar isso, ai já não sei te dizer de que forma eles estão fazendo.”

P5

Essa falta de monitoramento com relação às gestantes e o cuidado com os bebês é um reflexo da não existência de um funcionamento adequado na gestão e posteriormente na assistência. Trata-se da corresponsabilização nos/pelos serviços de saúde, em que parece não haver envolvimento dos profissionais e gestores no cuidado com os indivíduos, ou seja, ninguém é responsável por ninguém, e as práticas se fundam em “atender por atender” não se comprometendo efetivamente com os indivíduos e os setores. Os desajustes são claros em todos os âmbitos, e então, não há o cumprimento da política.

#### ***4.4 CONTRADIÇÕES ENTRE AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS E A POLÍTICA PÚBLICA***

Outro ponto emergido pelas entrevistas foi o conhecimento dos profissionais sobre a política pública para os prematuros, conforme segue os discursos:

“Que é aquela próximo da mãe, que é aquela....questão da...da....próximo ao peito da mãe...aquela...aquela....aquela....como se fosse um colete que a mãe tem a criança perto dela...eu...eu imagino que seja isso.”

P1

“Eu ouvi falar por questões de reportagem de TV, senso comum ...senso comum...mas teoricamente pensando é um método de vínculo né, que é o essencial para o bebê. Que...ele....prioriza o contato mãe-bebê, basicamente isso, né...e...que vem de encontro com a questão de estar amamentando, contato, olho no olho, pele com pele. A gente sabe o básico né.”

P3

“Ah, assim...é pouca coisa né, que eu ouvi falar assim sabe de...de...eu acho...é um programa né que foi lançado né..do governo também né, eu acho, pelo o que eu entendi né, que está sendo implantado ainda né, eu não sei se já existe aqui em Irati, eu nunca ouvi falar, eu ouvi assim por né...por internet, por coisas que a gente vê assim, mais aqui em Irati, eu acho que não tem implantado ainda, então é uma coisa que ainda está..eu acho que ainda...ainda está nascendo né...então não sei assim te dizer com certeza exatamente como que é esse programa sabe, porque aqui em Irati ainda não tem.”

P5

“É...eu já ouvi falar...é a criança junto com a mãe né, é...não sei se vem a...a...encaixar nessa parte, que antigamente a...a...mulher...a criança nascia, a criança ficava lá e a mãe aqui, e agora já nasce fica junto desde do primeiro contato né com a criança já é junto, e eu acho que esse aí é a melhor coisa que inventaram né, porque a pior coisa que tem você ganhar uma criança e você não ver, né. Está ali junto com você, você está vendo que está bem.”

P10

“[...] Eu acho assim, uma ideia...eu sou mãe de Neo (Se referindo ao filho que nasceu prematuro), então que é...o fortalecimento do vínculo pele a pele, eu acho que é fundamental e essencial para a evolução do tratamento. É...eu acho que tudo que fazem que beneficia o vínculo mãe-filho, eu acho que está valendo. Nessa portaria, se eu não me engano é 793 que diz que né...é...fala muito sobre humanização tal, eles colocam é... o projeto mãe canguru [...] eu só acho assim que a participação da família, antes dessa portaria, era aquele setor fechado só entrava a equipe, e o neném ficava lá dentro, e a mãe desesperada, eu sei porque eu falo de experiência própria, e nós não tínhamos essa abertura, essa liberdade de saber o que é, o que deixou de ser, uma linguagem mais simples né.”

P11

“[...] eu entendo assim que ele traz um vínculo maior entre a mãe e o bebê, porque você...se ele está ali, é...na incubadora, tudo bem que ele sente o cheiro da mãe, mais é...colocando ele no colo da mãe, ele vai ter aquele vínculo maior com ela né, ele vai poder sentir...é...tipo o cheirinho...o calor dela, então a gente faz com os bebês, e os de alto risco, a gente fica com a equipe inteira perto né [...]. Para o bebê a gente vê que a evolução dele é bem maior quando ele está ali, porque ele sente né, aquele aconchego da mãe, eu acho assim que o método mãe canguru é muito bom [...].”

P12

“[...] a importância é... da humanização, a importância do vínculo mãe e filho, né, é uma coisa bem importante.”

P13

“[...] então é um método que favorece o vínculo da mãe-bebê [...] Então para favorecer vínculo né, isso já é comprovado que diminui bastante né, a...favorece a reabilitação do bebê, o contato com a mãe né...é...é como se ela fosse uma incubadora natural, é todo o calor dela vai para o bebê. E esse vínculo também favorece a reabilitação do bebê né, então como se estivesse essas três fases, envolve, o pré-natal, envolve o atendimento especializado ao bebê, e a 3ª fase seria o ambulatório né...do método.”

P14

“[...] eu vejo assim que o método mãe canguru ele propicia mais ainda o bebê, a recuperação do bebê, alguns casos que a gente já está acompanhando na Neo, né aqui que as mães estão mais tempo o neném no colo, tudo...o vínculo fortalecido, a recuperação desse neném, a aceitação de dieta, esse envolvimento, tanto motor como neuro, o método agiliza bastante [...] então, eu acho que o método mãe canguru ele beneficia muito o neném né, e até para acalmar a mãe, vendo que está ali o tempo inteiro, como que está sendo, como que está o filho, podendo estar tirando dúvidas com todos os profissionais que entram ali.”

P16

“Assim, que daí a mãe fica mais próxima do bebê, como se o bebê estivesse no útero da mãe ainda, como ele é prematuro, ele fica ali na mãe como se ele estivesse ainda na barriga da mãe. Ah, assim como eu te falei, que é bem gostoso, tipo a mãe sente mais próxima do bebê, bem legal também, o bebê fica mais a vontade com a mãe, é bem legal.”

P17

“[...] a gente faz no leito mesmo do lado...cada mãe do lado do seu bebê, do lado das incubadoras, do lado dos berços [...] acaba envolvendo toda a equipe assim né, porque é uma coisa assim que a gente tem que ficar em cima para ver se o neném não vai desestabilizar aquela coisa, mas é bem legal assim. [...] Mais apesar de toda a dificuldade, existe uma burocracia muito grande para implantar o método certo né até que eu não conheço outros lugares assim como que funciona sabe, é..só pela internet assim que a gente vê né, os vídeos e tal [...]”

P18

Observamos nos discursos dos profissionais que prevaleceu a questão do vínculo materno com o bebê e os benefícios que o Método Canguru pode trazer para a díade. Nos relatos notam-se falas superficiais, e marcadas pelo viés hospitalar da política. Conforme política pública, o Método ocorre em três fases, as duas primeiras no hospital e o acompanhamento ambulatorial como sendo a 3ª fase. Os profissionais não mencionam essa última fase nos discursos, exceto P14, o que torna visível o pouco conhecimento sobre a política pública instituída.

Cabe ressaltar que P11, P12, P13, P14, P16, P17 e P18, fazem parte do mesmo serviço de saúde, no Hospital Santa Casa, são profissionais que iniciaram a realização do Método Canguru, na UTI Neonatal da instituição.

Diante dos relatos concisos sobre a política, observamos que os profissionais desconhecem o que ela preconiza e valorizam a atenção e cuidado hospitalar. Tal fato pode favorecer para que ela não seja cumprida na íntegra. No método, as duas primeiras fases são hospitalares, porém, a fase ambulatorial foi instituída para que o cuidado se tornasse integral, pois, existem questões que ultrapassam o viés hospitalar para cuidar da família e do prematuro. Há de ressaltar também que em decorrência disso, ocorrem contradições nas práticas profissionais e o que está instituído na política, pois se eles nem ao menos conhecem a política, não há como aplicá-la e fazê-la realidade nos serviços de saúde.

Considerando o mencionado, sobre o viés hospitalar, trata-se de um cuidado fragmentado aos usuários, que significa, segundo Merhy (2005), perceber o indivíduo com um corpo com problemas orgânicos, e também, “sem subjetividade, sem intenções, sem vontades, sem desejos”. Diante disso, esses aspectos não são considerados para cuidar integralmente da família e do bebê e cumprir com a política, “consagrando a construção de modos de cuidar centrado em procedimentos” (MERHY, 2005, p. 5).

Embora os profissionais desconheçam a política, muitos apontaram sobre os benefícios que ela proporciona. Santana *et al* (2013), também mencionam em seu estudo sobre a importância do Método como uma forma terapêutica, que melhora a saúde do bebê e a interação com os pais e familiares, proporcionando inúmeros benefícios para os membros da família e para o bebê que necessita de cuidados especiais.

Diante dos fatos discutidos, levamos em conta que a formação dos profissionais de saúde influencia para que as políticas públicas aconteçam e uma nova forma de cuidado se concretize.

No decorrer dos anos, algumas estratégias foram elaboradas para que houvesse reestruturação e a humanização no sistema de saúde ocorresse, das quais se destaca a “Estratégia Saúde da Família, a Política Nacional de Humanização, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN),

dentre outras”. O objetivo dessas estratégias era proporcionar mudança no modelo de saúde, incluindo, conforme princípios e diretrizes do SUS, a integralidade no cuidado à saúde. Apesar dessas medidas, a formação do profissional está afastada da forma de um cuidado integral. O que se percebe é uma formação insuficiente para as transformações instituídas na prática, e ainda, uma grande necessidade de uma “educação permanente”, para modificar a atuação profissional, e assim fortalecer o cuidado à saúde no SUS (BATISTA; GOLÇALVES, 2011, p. 886).

Para os profissionais da saúde, a forma pelo qual o trabalho acontece no cotidiano, falta estímulo para fazer uma reflexão crítica da realidade, a fim de produzir novas perspectivas para as questões cotidianas, pois a grade curricular nos cursos são preparadas de uma maneira que pouco auxiliam na resolução dessas questões. O que resulta também, numa desconsideração do aprendizado decorrente da sua própria vivência no serviço (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Mencionamos a formação dos profissionais como apenas um dos itens que dificulta a realização da política pública para os prematuros. Uma formação profissional voltada para o SUS e ainda direcionada para a integralidade na assistência precisa ter uma mudança na concepção de mundo, que reflète a maneira de entender os pacientes, o seu sofrimento e a sua realidade. Assim, dessa forma abrangente, orientar-se para a solução de problemas que atingem os indivíduos (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Há ainda que considerar a especialização dos profissionais de saúde, a qual gera um melhor preparo e aptidão para cuidar do paciente visando à cura. Porém, como consequência, a singularidade e subjetividade do paciente têm sido deixadas sem atenção, como crenças, cultura, sentimentos, devido a algo no corpo que esteja manifestando doença, e o atendimento com qualidade e humanizado perdem espaço (BOLELA; JERICÓ, 2006).

Alves, Cardoso e Dimkoski (2005), argumentam sobre a necessidade de discentes da área da saúde conhecer e o modelo de saúde do Brasil, o SUS, a fim

de entender o funcionamento do sistema, provocar reflexões, colaborar para as ações multiprofissionais e interdisciplinares.

A política pública para os prematuros foi criada para justamente quebrar esse cuidado fragmentando e disciplinar, e assim, abrir espaço para a humanização nesse processo. Infelizmente, a formação dos profissionais de saúde não acompanhou essa mudança de paradigma no cuidado, e conseqüentemente observamos práticas insuficientes para cuidar do bebê e da família. A concepção de ser humano e de cuidado, a burocracia, a formação, a gestão, enfim, vários componentes estão desajustados e em decorrência disso, não há cumprimento da política, e os indivíduos sofrem com um sistema de saúde que não supre a sua demanda.

De acordo com Backes, Koerich e Erdemann (2007, p. 35), uma política não será exercida somente pela vontade e iniciativa dos “órgãos governamentais e/ou institucionais”, mas sim, necessita do interesse de todos, ou seja, daqueles que estão ligados aos usuários e os profissionais, que expõe pelo seu trabalho e ações, as peculiaridades do serviço de saúde que está sendo viabilizado para a população.

Em seguida, serão apresentados os resultados e discussão dos núcleos temáticos das entrevistas com as famílias.

#### **4.5 VALORIZAÇÃO DO CUIDADO HOSPITALOCÊNTRICO**

Através da pesquisa, obtivemos resposta das famílias, com relação à percepção da assistência ao prematuro, conforme os discursos:

“Aqui para mim foi muito importante a assistência daqui (Hospital Santa Casa de Irati/PR), porque todas as vezes que eu precisei de alguma coisa, todas as vezes que eu tive dúvida, que mãe de primeira viagem sempre tem, eu sempre fui bem auxiliada.”

F1

“Muito boa a assistência. Além do mais lá na UTI (Hospital Santa Casa de Irati/PR) a gente...eu já tive a minha primeira filha, mais a gente aprende mais coisa ainda. Aqui (Hospital Santa Casa de Irati/PR) eu acho que o pessoal atende muito bem, bem mesmo.”

F2

“Olha, daqui da Santa Casa eu não tenho queixa nenhuma, fomos muito bem atendidos [...] eu acho que eu levei bastante amizade daqui, porque fiquei amiga de todas as enfermeiras, mais não tem o que falar mais né, fomos bem atendidas né, eu, elas (bebês gemelares), muito bem atendida. Só na...já que é para falar...eu achei que na parte da pediatria a gente fica um pouco abandonada lá, porque eu fiquei com elas 3 noites lá na pediatria, aí eu achei que foi muito mal atendido lá na pediatria. Uma enfermeira só para atender todas, era para ter complementado, complemento no leite para elas ganharem peso para irem para casa, as enfermeiras não queriam ajudar com complemento, algumas...teve duas que ajudou novinha, mais tinha mais duas senhoras lá que não queriam saber de ajudar, então a gente nem via enfermeira assim, ficava lá, então eu achava melhor que mandassem direto para casa do que ficar ali. [...] Então daí por isso, então no tempo de mandar na pediatria e ficar daquele jeito ali, mandasse direto para a casa. Tudo bem que aqui tem médico aqui, mais a gente nem via médico, porque daí a doutora M. não fazia plantão nos dias que eu estava lá...com os outros pediatras, não iam nos quartos fazer visita, você tinha que andar atrás, então...ali foi muito mal atendido na pediatria.”

F3

“Nossa...foi muito bom assim, eu não esperava, porque eu fiz tudo pelo SUS mesmo né, eu até iria fazer particular [...] foi muito assim, o atendimento excelente, até eu não esperava que fosse...o que o povo comenta é outra coisa, tudo SUS né, então eu não esperava que fosse ser tão bem atendida como fui sabe, tenho só falar bem mesmo, fui muito bem atendida [...]Foi tudo mesmo, só tenho a agradecer ao hospital, fui muito bem atendida mesmo por todos, pelas enfermeiras, pelas mulheres que serviam comida, por todos mesmo assim, o atendimento foi ótimo, foi bem diferente do que eu imaginava pelo o que os outros falavam , foi bem diferente assim, mais foi tudo bem não tenho nada para reclamar não.”

F4

“Nossa não temos o que reclamar. Muito...tudo muito bom, todo mundo é muito eficiente, bem cuidado (pai).”

F5

“[...] na UTI (Hospital Santa Casa de Irati/PR) fomos muito bem atendidos [...] Foi...eu só levei coisas boas daqui, que é um lugar que tem recurso [...] Eu achei uma assistência muito boa, por causa que tem muito recurso, o pessoal atende muito bem, eu achei muito bom.”

F6

Todas as famílias tiveram bebês que receberam atendimento no Hospital Santa Casa de Irati/PR, na UTI Neonatal do local. Observamos em seus relatos que as famílias se restringiram a percepção de uma assistência hospitalar para o seu filho. A única família a relatar ponto negativo foi F3, as demais ponderaram sobre uma assistência satisfatória.

A valorização do cuidado hospitalar ficou marcado nas falas das famílias. Essa concepção reduzida de assistência também pode ser a causa de um desconhecimento da família sobre os seus direitos de cuidado e sobre a política pública dirigida para os prematuros. E ainda, essa valorização vem em decorrência de o sistema de saúde ser dessa maneira há muito tempo. É tradicional que o hospital seja lugar de maior “cuidado” para as famílias, e que tudo que ocorra lá, fique marcado para determinar se foi uma boa ou má assistência, como exemplo, F4 relatou que foi bem atendida pelas pessoas que serviam a comida, em sua percepção isso é boa assistência, além dos médicos. Assim como F3 que faz crítica da falta de atenção médica. Para ela é um mau atendimento o médico não lhe dar atenção e se limita a isso.

Salientamos a ocorrência de um marco para a saúde da população brasileira, com a criação do SUS em 1988, e por meio da Constituição Federal, no ano de 1990, foi criada a Lei nº 8.080, conhecida com Lei Orgânica de Saúde, que promulga sobre “a promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 2011a, p.17). Com isso, ponderamos que as famílias podem não reconhecer a saúde como direito, que é garantido por lei, e então, acabam aceitando o cuidado ‘reduzido’, ou seja, centrado no hospital e não recebendo uma assistência integral.

Compreender o acompanhamento do paciente em um “delimitado espaço e no tempo (no espaço hospitalar, no tempo de internação)” é uma situação perigosa, quando a questão é o “acompanhamento do usuário” no sistema. Há problemas com essa concepção reduzida, o que acarreta em um acompanhamento “a partir da doença” (PAN, 2014, p. 43), situação esta divergente das reais necessidades das famílias e dos bebês.

Com relação à satisfação da assistência hospitalar, em um estudo realizado por Rockenbach e Santos (2009, p. 24), mostrou que as famílias transferem

sentimentos de confiança aos profissionais do serviço e herdaram aprendizado pela vivência no serviço de atendimento especializado aos bebês prematuros, podendo resumir, como “experiências enriquecedoras vivenciadas no ambiente da unidade neonatal”. Siqueira e Dias (2011), também encontraram em seu estudo, que dez mães (47,62%), tinham sentimentos de gratidão e reconhecimento pelos profissionais de saúde pela recuperação dos seus filhos.

Assim como nesse estudo, F3 ponderou sobre um fator negativo na assistência, em outra pesquisa, onze mães (52,38%), também salientaram que houve falhas da instituição com relação aos ensinamentos sobre o cuidado ao bebê, e atuação não humanizada de alguns membros da equipe de saúde (SIQUEIRA; DIAS, 2011).

#### ***4.6 ASSISTÊNCIA CENTRADA NOS INDICADORES FÍSICOS DO DESENVOLVIMENTO DOS PREMATUROS***

Com relação às famílias entrevistadas, pudemos notar as restrições de acompanhamento de um profissional de saúde com os bebês, conforme os relatos:

“Aqui com a doutora M., de 15 em 15 primeiro, daí cada mês agora. Do começo de 15 em 15. Nós levamos ele para pesar (Pai), nos levamos na fonoaudióloga. A fonoaudióloga é muito boa, bem atenciosa e tudo. Tanto que ele tava com o frênulo lingual, já foi feito o corte tudo. Ela avaliou. Ela avaliou daí explicou direitinho e tudo. Falou que era necessário fazer já porque, mais tarde iria ser mais complicado (Pai). complicado, iria conversar, e falar as coisas errado. E depois que ele fez até, nós sentimos que melhorou porque ele...ele, era ruim né, ficava presa a língua. Era normal, mais agora está melhor. Ele mama mais, período mais longo...mais vezes..período mais longo. Ele já mamava né, mais...tanto que ele estava na UTI, ele teve incentivo né para aprender a mamar, eles não sabem mamar sozinho ainda né. Daí depois que ele aprendeu, ele mamava em períodos bem curtos assim e menos né. Depois que a gente...que a gente fez essa cirurgia pequeninha né, ele mama bem melhor [...] Na verdade é só nesses lugares que a gente levou...o corte do frênulo, na fono e a pesagem dele só.”

F1

“Eu deixei para trazer aqui (“Ambulatório” do Hospital Santa Casa) [...] só [...] Para consultar não. (referindo que não levou para nenhum outro profissional.”

F2

“Eu levei no doutor J., por causa de gripe, e o doutor A. também por causa de gripe. E levo vacinar no postinho da cidade [...] Quando eu vou vacinar eles nem pesam...vamos pelo peso de lá (“Ambulatório” do Hospital Santa Casa) , você faz o acompanhamento lá (“Ambulatório” do Hospital Santa Casa).”

F3

“Não, só a doutora M. Não, só a doutora M. Só o teste da orelhinha [...] fora isso não.”

F4

“Ainda não. Eu penso em levar lá daí em Imbituva, na médica lá [...] é mais perto (pai).”

F5

“Só levei para vacinar.”

F6

Percebemos através das famílias que os bebês recebem atendimento médico e a questão vacinal.

Lembrando novamente do modelo biomédico, podemos dizer, de acordo com Merhy (1999, p. 5), que a “morte” de uma prática cuidadora, ou seja, mais abrangente, tem estabelecido modelos de atenção a saúde sem responsabilidade diante da vida dos cidadãos.

Não deixamos de considerar a importância da consulta médica e a vacinação, porém, se faz necessário repensar se essas práticas são suficientes para garantir uma assistência de qualidade, e a real necessidade da família e do bebê prematuro. O bebê recebe atendimento médico, acompanhamento da pesagem e vacinação, porém ele não recebe atenção para os aspectos como, linguagem, social, psicológico e motor. É uma assistência básica, que não atende o bebê e a família integralmente.

Diante disso, podemos descrever que o modelo de assistência que existe atualmente nos serviços de saúde, é organizado dentro “da ótica hegemônica do

modelo médico neoliberal”, e como consequência, submete a ação cuidadora, a um “papel irrelevante e complementar” (MERHY, 1999, p.6).

Observamos ainda, um cuidado centrado na doença, pois os pais consideram importante procurar um profissional de saúde quando há algum problema, conforme F3.

“Agora...não. Eu fui atrás, daí agora, quando elas estavam com 6 meses, daí atrás da fisioterapeuta porque, elas tinham a mãozinha, ficava assim a mãozinha fechada, e aquela (bebê) o dedinho do pé torto né, daí que ela (fisioterapeuta) foi fazer 3 visitas.”

F3

A exemplo disso, também nos referimos a F1, em que o bebê passou por um procedimento no frênulo lingual, com justificativa de acontecer alterações no desenvolvimento da fala e na amamentação. A lei que torna obrigatório a realização da avaliação do frênulo da língua em recém-nascidos, “teste da lingüinha”, nas maternidades e hospitais do Brasil é a Lei nº13.002/14 (BRASIL, 2014b). Há a necessidade de repensar essa técnica, pois o modo como as coisas aconteceram para o teste e o procedimento se tornarem obrigatórios foi muito rápido. Além disso, o desenvolvimento de um bebê prematuro é demorado, em decorrência da “imaturidade e condição clínica” (SERRA; SCOCHI, 2004, p.600) do bebê, e por consequência, as dificuldades irão ocorrer. Então é necessário reconsiderar a realização de qualquer procedimento, não se precipitando nas ações, já que a prematuridade requer atenção especial.

Percebemos nessa pesquisa, que a assistência não está sendo executada na íntegra na cidade de Irati/PR, corroborando com os achados de um estudo realizado por Parisi, Coelho e Melleiro (2008), que buscou compreender a percepção de enfermeiras acerca da implantação do Método Canguru, em que a proposta de humanização na assistência ao prematuro, não estava sendo realizada integralmente, devido a estarem no início da implantação e aguardando transformações do ambiente físico da Unidade Neonatal.

Assim também, Santana *et al* (2013, p. 46), menciona em sua pesquisa, que embora haja esforço de muitos campos de conhecimento no aprimoramento de

técnicas e equipamentos para o cuidado com o prematuro, ainda nota-se uma assistência que “se apresenta de maneira incipiente e sem um padrão definido”.

Merhy (1999, p. 1) pondera de um modo geral, que os serviços de saúde de acordo com o padrão de atenção adotado, o cuidado com a saúde não está sempre implicada “com a cura e a promoção”, pois conforme o autor, “as duras experiências vividas pelos usuários e trabalhadores de saúde mostram isso cotidianamente, em nosso país”.

Em conformidade com o que chamamos de crise no funcionamento do sistema em saúde, e em decorrência disso, a não execução da política pública para os prematuros, Merhy (1999) já analisava a situação quando mencionou sobre uma crise na maneira de organização do sistema de saúde, completando ainda, que se tratando de problemas e soluções, não é nada tão simples assim. Conforme Silva e Menezes (2002, p. 64), a ascendente degradação do sistema público de saúde, viabiliza o individualismo entre os profissionais e os setores, adiando as soluções para os problemas e um denso “desânimo” nos componentes da equipe de saúde. O individualismo gera dificuldades em trabalhar em grupo e produzir mudanças, como também, falta de solidariedade com os usuários, competição e angústia.

Há precária efetividade nos setores públicos e privados, observa-se que a humanização não ocorre nos serviços de saúde; há ausência de comprometimento dos profissionais com relação aos clientes; as ações em saúde apresentam baixa resolução dos problemas e a presente desigualdade no atendimento (MERHY, 1998).

Pedroso e Bousso (2004) fazem uma consideração sobre as modificações que ocorrem na assistência à criança que estão atreladas aos valores e crenças da equipe de profissionais, e que conseqüentemente implicam no cuidar.

Salientamos que a questão cultural interfere no modo de cuidado realizado pelos profissionais, pois somos sujeitos carregados de história e experiências, que influenciam em nossas decisões e ações. Mas como discutimos, as práticas em saúde estão voltadas para o cuidado físico, são tradicionais no serviço de saúde, e

então, os valores e culturas dos indivíduos que estão sendo “cuidados” não são levadas em consideração.

Os profissionais e usuários estão em constante influência, pois ambos apresentam uma “história de vida, condição social, cultura, concepções, valores, sentimentos e desejos”, e cada um é singular, tem sua subjetividade nessa relação (SÃO PAULO, 2004, p. 13). Deslandes (2004, p. 12) também salienta que essa relação é influenciada “por lógicas culturais que as antecedem”.

Torna-se necessário vencer as nossas aversões e saber conviver e dividir o ambiente com a equipe e com a família. Assim também, nos distanciarmos de nossos preconceitos para atender as famílias, admitindo e acolhendo suas escolhas, permitindo “que se tornem sujeitos de sua própria história” (GOMES; ERDMANN, 2005, p.22).

Com relação à política pública para os prematuros, que tem como foco a humanização, podemos dizer que está ocorrerá quando houver mudanças nas relações de poder, tanto nas instituições, como com os profissionais e o usuário. E ainda, terá sentido se pautada na transdisciplinaridade, em que todos os sujeitos serão responsáveis pelo processo de trabalho e construção das ações. Em consequência disso, a singularidade será aceita, “onde em cada voz, como num coral, possui sua verdade” (SILVA; MENEZES, 2002, p. 65).

Refletindo sobre o processo de assistência integral, corroborando com Borck (2007, p. 198), a terceira etapa do Método Canguru, o acompanhamento ambulatorial, se configura como uma nova trajetória, carregada de transformações para toda família, que devem juntos, ser “cuidadores capazes, independentes e conscientes” no cuidado ao prematuro. Além disso, a terceira etapa do Método nos concede um “feedback” das etapas ocorridas anteriormente, encaminhando a família e o bebê “envoltos em maior segurança para o acompanhamento no ambulatório de pediatria”.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Expor apenas um único aspecto causador dos problemas nos setores da saúde não é adequado, na medida em que encontramos, nesse estudo, vários fatores, que juntos, desorganizam todo o sistema de saúde. Isso justifica a complexa relação entre o que está posto pela política pública, e o que ocorre na prática, suas incongruências, distanciamentos e contradições.

A formação do profissional de saúde não garante uma atuação pautada em um cuidado integral e eficaz às famílias e aos bebês. Enquanto não houver uma transformação nos currículos e na forma de considerar o ser humano, as práticas em saúde serão vinculadas somente ao viés biológico e orgânico no cuidado. Assim como a formação, a questão cultural tem forte influência nas ações dos indivíduos, pois dela advém a forma pela qual as ações são pautadas. O conforto e facilidade de continuar nas mesmas práticas é mais cômodo do que promover a mudança necessária. A formação disciplinar é um grande obstáculo para promover a interdisciplinaridade, e assim, corroborar com o que a política do Método Canguru preconiza sobre um cuidado integral a família e ao bebê.

A política pública para o prematuro foi instituída para transformar a forma do cuidado e assim abrir espaço para a humanização nessa tarefa. Porém, observamos que a humanização não é realidade nos serviços de saúde, na medida em que o contato direto com o paciente não ocorre, e os meios de comunicação entre os profissionais – quando ocorre- e entre os profissionais com as famílias são superficiais, pautados em ligações telefônicas e a carteirinha da gestante como algo suficiente no alcance de informações. Essa forma de “cuidar” traduz um caminho desviado de um cuidado integral e totalmente contraditório com a humanização.

Os serviços de saúde estão estruturados pela forma fragmentada de cuidado, e isso perpetua atualmente. Em decorrência disso, as famílias e os bebês estão inseridos nesse modelo de atenção e pelo conhecimento reduzido do que significa um cuidado integral, compactuam e recebem uma assistência centrada em procedimentos técnicos e somente quando há doença, não sendo assistidos

integralmente, pois muitas vezes as suas reais necessidades não recebem atenção.

Percebemos que os profissionais não estão incluídos efetivamente nos serviços, pois houve grandes descompassos de conhecimento e prática. Os discursos controversos entre os profissionais e os diferentes serviços foram marcantes. O sistema está desorganizado e vive hoje um grande desajuste em todos os âmbitos, o que possivelmente ocasionou as divergências encontradas.

Não há responsabilização das partes envolvidas no sistema, e assim a dinâmica de trabalho não ocorre adequadamente. Em decorrência disso, a política pública não se torna realidade no cotidiano. As modificações na realidade dos serviços devem estar vinculadas às necessidades da comunidade e nas experiências negativas sofridas pelos profissionais, famílias e bebês.

Há a necessidade de acolher as famílias e os prematuros, mas, além disso, é preciso criar um vínculo com os usuários, transformar a realidade e garantir pelo trabalho conjunto com a gestão, profissionais e usuários, que a política pública do Método Canguru seja efetivada nos serviços de saúde, e assim produza transformações para a comunidade da região.

## 6. REFERÊNCIAS:

ALVES, A.M.L.; SILVA, E.H.A.A.; OLIVEIRA, A.C. Desmame precoce em prematuros participantes do Método Mãe-Canguru. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 12, n. 1, p. 23-28, 2007.

ALVES, L.V.V.; CARDOSO, L.S.; DIMKOSKI, E.A. Percepção do programa saúde da família a partir de estagiários do projeto VER-SUS –vivências e estágios na realidade do sistema único de saúde. **Revista Família, saúde e desenvolvimento**, v. 7, n. 3, p. 266-271, 2005.

ANDRAUS, L.M.S.; MINAMISAVA, R.; MUNARI, D.B. Desafios da enfermagem no cuidado à família da criança hospitalizada. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 3, n. 2, p. 203-208, 2004.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M.C.G.D.; BRASIL, S.L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 20-31, 2007.

BACKES, D.S.; KOERICH, M.S.; ERDMANN, A.L. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: Re-significação de valores e princípios pelos profissionais de saúde. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, v.15, n.1, p. 34-41, 2007.

BAPTISTA, T.W.D.F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G.C.; MOURA, A.L.D. (Org). **Políticas de Saúde: Organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 29-61.

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

BATISTA, K.B.; GONÇALVES, O.S. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Revista Saúde e Sociedade**, v.20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BOLELA, F.; JERICÓ, M.D.C. Unidades de terapia intensiva: Considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Escola Anna Nery Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 301-308, 2006.

BORCK, M. **Terceira etapa do Método Mãe-Canguru: Convergência de práticas investigativas e de Cuidado no processo de adaptação de famílias com recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso**. 2007. 235f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina/ SC. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 693/GM, de 5 de julho de 2000. Norma de orientação para implantação do projeto canguru. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 jul. 2000. Seção 1, p. 15.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente/ Ministério da Saúde**. 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 96 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009 b. 44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretária de Saúde. Legislação **Estruturante do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a. 534 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da criança e Aleitamento Materno. **Gestões e Gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 78 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011c. 203 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.002/14 de 20 de junho de 2014. Dispõe sobre a obrigatoriedade da aplicação do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jun. 2014b.

CASATE, J.C.; CORRÊA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: Conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n.1, p. 105-111, 2005.

COLLET, N.; ROCHA, S.M.M. Criança hospitalizada: Mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 191-197, 2004.

COLLET, N.; ROZENDO, C. A. Humanização e trabalho na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 189-192, 2003.

COSTA, R.; MONTICELLI, M. Método Mãe-Canguru. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 427-33, 2005.

CRUVINEL, F. M.; PAULETTI, C. M. Formas de atendimento humanizado ao recém-nascido pré-termo ou de baixo peso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão. **Revista Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 9, n.1, p. 102-125, 2009.

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

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DEZORZI, L.W; CAMPONOGARA, S.; VIEIRA, D.F.V.B. O enfermeiro de terapia intensiva e o cuidado centrado na família: Uma proposta de sensibilização. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 23, n.1, p. 84-102, 2002.

FALLEIROS, I.; LIMA, J.C.F.; MATTA, G.C.; PONTES, A.L.D.M.; LOPES, M.C.R.; MOROSINI, M.V.C.; CORBO, A.D. A Constituinte e o Sistema Único de Saúde. In: PONTE, C.F.; FALLEIROS, I (Orgs). **Na corda bamba de sombrinhas: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p. 241-242.

FERNANDES, C.N.D.S.; ANDRAUS, L.M.D.; MUNARI, D.B. O aprendizado do cuidar da família da criança hospitalizada por meio de atividades grupais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p.108-118. 2006.

FORTES, P.A.D.C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção a saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 13, n.3, p. 30-35, 2004.

FURLAN, C.E.F.B.; SCOCHI, C.G.S.; FURTADO, M.C.D.C. Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 444-452, 2003.

GAÍVA, M.A.M.; SCOCHI, C.G.S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 4, p. 444-448, 2005.

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**, v. 26, n. 1, p. 20-30, 2005.

LAMEGO, D.T.C.; DESLANDES, S.F.; MOREIRA, M.E.L. Desafios para a humanização do cuidado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Cirúrgica. **Revista Ciência e Saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 669-675, 2005.

LAMY, Z.C.; GOMES, R.; CARVALHO, M.D. A percepção dos pais sobre a internação dos seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Jornal de Pediatria**, v. 73, n. 5, p. 293-298, 1997.

LIMA, A.S.D.; SILVA, V.K. B.A.D.; COLLET, N.; REICHERT, A.P.D.S.; OLIVEIRA, B.R.G.D. Relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 700-708, 2010.

LIMA, R.A.G.D.; ROCHA, S.M.M.; SCOCHI, C.G.S. Assistência à criança hospitalizada: Reflexões acerca da participação dos pais. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 33-39, 1999.

MARQUES, C.M.S. As necessidades do Sistema Único de Saúde e a formação profissional baseada no modelo de competências. **Revista Formação**, v. 2, n. 5, p. 15-27, 2002.

MARQUES, I.R., SOUZA, A.R.D. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 141-144, 2010.

MARTINS, J.D.J; NASCIMENTO, E.R.P.D.; GEREMIAS, C.K.; SCHNEIDER, D.G.; SCHWEITZER, G.; NETO, H.M. O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: Conhecimento de uma equipe multiprofissional. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n.4, p. 1091-101, 2008.

MELLO, S.A. Infância e humanização: Algumas considerações na perspectiva histórico-cultural. **Revista Perspectiva**, v. 25, n. 1, p. 83-104, 2007.

MENDONÇA, M.H.M.D. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. **Revista Caderno de Saúde Pública**, v. 18, suppl., p. 113-120, 2002. Número especial.

MERHY, E.E. **Alma Ata- Qual é o jogo?**. Campinas, 1986. Disponível em: <<http://www.eeaac.uff.br/professores/merhy/artigos-19.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. **O SUS e um dos seus dilemas:** Mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: TEIXEIRA, S. F. Democracia e Saúde. São Paulo: CEBES/LEMOS, 1998.

\_\_\_\_\_. **O ato de cuidar como um dos nós críticos “chaves” dos serviços de saúde.** Campinas. Abril, 1999. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-04.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. **Engravidando palavras:** o caso da integralidade. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-06.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2015.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** Rio de Janeiro: Hucitec, 2004, 269 p.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita:** Repensar a reforma – reformar o pensamento. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003, 128 p.

MORENO, R.L.R.; JORGE, M.S.B.; MOREIRA, R.V.D.O. Vivências maternas em unidade de terapia intensiva: um olhar fenomenológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 3, p. 282-287, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis.** Genebra: A Organização; 1989.

OTENIO, C.C.M; OTENIO, M.H.; MARIANO, E.R. Políticas Públicas para criança no Brasil: O contexto histórico-social e da saúde. **Revista Estação Científica online**, n. 6, p.1-14, 2008.

PAN, B.B. **Os sentidos da humanização nos relatos dos trabalhadores de uma Equipe da Estratégia Saúde da Família.** 2014. 77f. Trabalho de Conclusão de curso (Curso de Graduação em Fonoaudiologia) – Universidade Estadual do Centro-Oeste. Irati/PR. 2014.

PARISI, T.C.D.H.; COELHO, E.R.B.; MELLEIRO, M.M. Implantação do Método Mãe-Canguru na percepção de enfermeiras de um hospital universitário. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n.4, p. 575-580, 2008.

PAULI, M.C.; BOUSSO, R.S. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 11, n.3, p. 280-286, 2003.

PEDROSO, G.E.R.; BOUSSO, R.S. O significado do cuidar da família na UTI neonatal: crenças da equipe de enfermagem. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 26, n.1, p. 129-134, 2004.

PEREIRA, E.S.S.L.; SILVA, A.C.C.D. Impactos das mudanças no processo de trabalho dos profissionais de saúde: O que diz a literatura. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 2, n.1, p. 209-224, 2013.

PINTO, J.P.; RIBEIRO, C.A.; SILVA, C.V.D. Procurando manter o equilíbrio para atender duas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 974-981, 2005.

ROCKENBACH, C.L.; SANTOS, T.G.D. **A Terceira etapa do Método Canguru no discurso das famílias**. 2009. 75f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina/SC. 2009.

RODARTE, M.D.O.; SCOCHI, C.G.S.; LEITE, A.M.; FUJINAGA, C.I., ZAMBERLAN, T.E.; CASTRAL, T.C. O ruído gerado durante a manipulação das incubadoras: implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 79-85, 2005.

SANTANA, J.C.B.; ASSIS, A.P.D.O.; SILVA, C.C.D.; QUITES, H.F.D.O. Método mãe canguru e suas implicações na assistência: percepção da equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem Revista**, v. 16, n.1, p. 34-48, 2013.

SANTOS B.S.D. **Um discurso sobre as ciências**. Edições Afrontamento. Porto, 1988.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **2º caderno de apoio ao acolhimento a saúde da família: orientações, rotinas e fluxos sob a ótica do risco/vulnerabilidade.** São Paulo, 2004.

SCHNEIDER, C.C.; BIELEMANN, V.D.L.M.; SOUSA, A.S.D.; QUADROS, L.D.C.M.D.; KANTORSKI, L.D.P. Comunicação na Unidade de Tratamento Intensivo, importância e limites- Visão da enfermagem e familiares. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 4, p. 531-539, 2009.

SERRA, S.O.A.; SCOCHI, C.G.S. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI Neonatal. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, v. 12, n.4, p. 597-605, 2004.

SILVA, F.V.D.; MENEZES, M.D.G.A.D. Formação profissional e humanização dos serviços de saúde. **Revista Formação**, v. 2, n.5, p. 59-74, 2002.

SIQUEIRA, M.B.D.C.; DIAS, M.A.B. A percepção materna sobre a vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Revista Epidemiologia Serviço e Saúde**, v. 20, n.1, p.27-36, 2011.

TORATI, C.V. **Política de Atenção ao recém-nascido prematuro: Morbidades respiratórias e neurológica.** 2011. 142f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local)- Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória. 2011.

TRINDADE, J.M.B. O abandono de crianças ou a negação do óbvio. **Revista Brasileira de História**, v. 19, n. 37, p. 35-58,1999.

VILLA, V.D.S.C.; ROSSI, L.A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "Muito falado e pouco vivido". **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p.137-144, 2002.

WHO. **Born too soon. The Global Action Report on Preterm Birth.** WHO 2012. Disponível em :<[http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_borntoosoon-report.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf)>. Acesso em: 30 mai. 2013.

## APÊNDICE A- Roteiro de Entrevistas para Profissionais de Saúde



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE IRATI**

**Mestrado Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*  
Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA- PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Dados de Identificação:

Nome:

Sexo:

Data de Nascimento:

Idade:

Profissão:

Local de trabalho:

Endereço:

### **QUESTÕES NORTEADORAS SOBRE A ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO RECÉM- NASCIDO PREMATURO**

- 1) Como você entende o fluxograma das mães gestantes no serviço de saúde em Irati?
- 2) Com relação a assistência a saúde aos bebês prematuros, o que você entende que está acontecendo aqui em Irati?

## APÊNDICE B- Roteiro de Entrevistas para as famílias



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE**  
**CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE IRATI**

**Mestrado Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu***  
**Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário**

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados de Identificação:

Nome:	Sexo:
Data de Nascimento:	Idade:
Profissão:	
Local de trabalho:	
Quantos filhos:	Idade:
Renda familiar:	
Endereço:	
Escolaridade:	
Quantos moram na casa:	

### **QUESTÕES NORTEADORAS SOBRE A ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO**

- 1) Me conta sobre a história do seu bebê.
- 2) Me conta como foi a volta para casa.
- 3) Tinha alguém que cuidava da saúde do seu bebê?
- 4) Você está levando o seu bebê para alguma consulta?

## ANEXO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE IRATI  
PR 153 - Km 07 - Riozinho - Fone (0xx42) 3421-3000  
Irati - Paraná – CEP 84500-000.

### Título da pesquisa:

**Pesquisadora responsável:** Diulia Gomes Klossowski (mestranda) e Profa. Dra. Cristina Ide Fujinaga (Orientadora)

**Instituição:** Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO

**Telefone para contato:** (42) 9907 86 37 (horário comercial)

**Email para contato:** diulia.gk@gmail.com; cifujinaga@gmail.br

**Voluntários da pesquisa:** Profissionais de saúde e a família de bebês nascidos prematuros

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Colaborador (a),

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Assistência integral ao recém nascido prematuro: panorama da política pública a partir da percepção da família e profissionais” sob a responsabilidade da mestranda Diulia Gomes Klossowski e da professora Dra. Cristina Ide Fujinaga, que irá investigar a forma como ocorre a assistência integral ao recém-nascido prematuro, conforme preconiza a política pública de saúde.

Ao participar desta pesquisa você participará de entrevistas com relação a sua satisfação sobre a assistência à saúde infantil ao recém nascido prematuro. Para tanto, todas as entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado as entrevistas sem nenhum prejuízo para você. O procedimento utilizado de entrevista poderá trazer algum desconforto como constrangimento em responder as questões. O tipo de procedimento apresenta risco mínimo que será reduzido pela liberdade em responder ou não as perguntas. Vale a pena esclarecer que a sua participação não gera nenhum tipo de ressarcimento ou compensação financeira.

Esperamos que este estudo contribua para o desenvolvimento de uma assistência integral à saúde do recém nascido prematuro e que os objetivos da Política Pública dirigida a essa população seja realmente cumprida.

Se você precisar de alguma orientação por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou se o pesquisador descobrir que você tem alguma coisa que precise de tratamento, você será encaminhado (a) por Diulia Gomes Klossowski, telefone: (42) 9907 85 37 para Clínica Escola da UNICENTRO, localizada na PR 153 – Km 7 – Bairro Riozinho.

Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas e dados pessoais ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum local, nem quando os resultados forem apresentados em eventos científicos.

Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Diulia Gomes Klossowski  
Endereço: José Freitas dos Santos, nº 215  
Telefone para contato: (42) 9907 86 37  
Horário de atendimento: Horário Comercial

Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO – COMEP  
Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, Campus CEDETEG

Endereço: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Vila Carli  
CEP: 85040-080 – Guarapuava – PR  
Bloco de Departamentos da Área da Saúde  
Telefone: (42) 3629-8177

### CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.  
Guarapuava, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Ou Representante legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

**ANEXO B: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos**

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO RECÉM NASCIDO PREMATURO: PANORAMA DA POLÍTICA PÚBLICA A PARTIR DA PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA E PROFISSIONAIS

**Pesquisador:** DIULIA GOMES KLOSSOWSKI

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 27791814.8.0000.0106

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 638.824

**Data da Relatoria:** 06/05/2014

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se da apreciação do projeto intitulado: "ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO RECÉM NASCIDO PREMATURO: PANORAMA DA POLÍTICA PÚBLICA A PARTIR DA PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA E PROFISSIONAIS", sob responsabilidade de DIULIA GOMES KLOSSOWSKI. O objetivo geral do presente estudo é compreender a forma como ocorre à assistência integral ao recém-nascido prematuro, conforme preconiza a política pública de saúde, a partir da percepção da família e profissionais de saúde. Trata-se de um estudo de cunho quanti-qualitativo. Serão avaliadas as práticas e rotinas de um serviço de puericultura que acompanhe longitudinalmente bebês nascidos prematuros, bem como por meio de entrevistas com profissionais e a família dos bebês. A coleta de dados relativos à prevalência do aleitamento materno, dados de nascimento e dados basais relacionados às condições de saúde serão coletados mediante auditoria de prontuários na Secretaria de Saúde de Irati-Pr. Os dados quantitativos serão analisados estatisticamente. Já as entrevistas serão analisadas a partir da análise de conteúdo, modalidade temática. Espera-se que este estudo contribua para o desenvolvimento de uma assistência integral à saúde do recém nascido prematuro e que os objetivos da Política Pública dirigida a essa população seja realmente cumprida.

**Endereço:** Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)  
**Bairro:** Vila Carlí **CEP:** 85.040-080  
**UF:** PR **Município:** GUARAPUAVA  
**Telefone:** (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep\_unicentro@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 638.824

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Este estudo tem como objetivo compreender a forma como ocorre a assistência integral ao recém-nascido prematuro, conforme preconiza a política pública de saúde, a partir da percepção da família e dos profissionais envolvidos na assistência.

Objetivo Secundário:

Verificar a sistematicidade do comparecimento dos bebês nascidos prematuros nas consultas de puericultura no sexto mês de vida;

Verificar a ocorrência de (re) internamento dos bebês nascidos prematuros acompanhados pela puericultura no sexto mês de vida;

Verificar a porcentagem de cobertura vacinal dos bebês nascidos prematuros no sexto mês de vida;

Verificar a prevalência do aleitamento materno dos bebês nascidos prematuros no sexto mês de vida;

Verificar a satisfação das famílias sobre a assistência à saúde de seus bebês nascidos prematuros;

Verificar a satisfação da equipe sobre a assistência à saúde infantil de bebês nascidos prematuros;

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

CONSTRANGIMENTO E DESCONFORTO DURANTE AS ENTREVISTAS

Benefícios:

AVANÇO NA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO DE FORMA INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta relevância científica e terá 30 participantes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE adequado.

Folha de rosto adequada.

O roteiro da entrevista (questionários) foi apresentado.

Carta de anuência adequada.

Cronograma e orçamento adequados.

**Endereço:** Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)  
**Bairro:** Vila Carlí **CEP:** 85.040-080  
**UF:** PR **Município:** GUARAPUAVA  
**Telefone:** (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep\_unicentro@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CENTRO OESTE - UNICENTRO 

Continuação do Parecer: 638.824

Critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa estão claros.

**Recomendações:**

Nada a constar.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Recomendo a aprovação deste.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PROJETO APROVADO

Em atendimento à Resolução CNS/MS- 466/2012, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório parcial assim que tenha transcorrido um ano da pesquisa e relatório final em até trinta dias após o término da pesquisa.

Qualquer alteração no projeto deverá ser encaminhada para análise deste comitê.

GUARAPUAVA, 07 de Maio de 2014

---

Assinador por:

**Maria Emilia Marcondes Barbosa**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)  
**Bairro:** Vila Carlí **CEP:** 85.040-080  
**UF:** PR **Município:** GUARAPUAVA  
**Telefone:** (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** [comep\\_unicentro@yahoo.com.br](mailto:comep_unicentro@yahoo.com.br)