



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

**GEMMA GALGANI MARTINS DE MENESES**

**A PRODUÇÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO A  
MULHERES INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE:  
estratégias para a integralidade do cuidado**

**FORTALEZA – CEARÁ  
2011**

GEMMA GALGANI MARTINS DE MENESES

A PRODUÇÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO A  
MULHERES INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE:  
estratégias para a integralidade do cuidado

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE) como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde.

Área de Concentração: Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Consuelo Helena Aires de Freitas

FORTALEZA – CEARÁ  
2011

M275p Meneses, Gemma Galgani Martins de  
A produção do cuidado do enfermeiro a mulheres internadas em uma maternidade: estratégias para a integralidade do cuidado / Gemma Galgani Martins de Meneses- Fortaleza, 2011.  
124 p. ; il.  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Consuelo Helena Aires de Freitas.  
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.  
1. Enfermagem. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Assistência Integral à saúde. 4. Assistência centrada no paciente. I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde

CDD: 610.73678

GEMMA GALGANI MARTINS DE MENESES

A PRODUÇÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO A  
MULHERES INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE:  
estratégias para a integralidade do cuidado

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE) como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde.

Área de Concentração: Enfermagem.

Aprovada em: 19/01/2011.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Consuelo Helena Aires de Freitas (Orientadora)  
Universidade Estadual do Ceará – UECE

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Salete Bessa Jorge  
Universidade Estadual do Ceará – UECE

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dafne Paiva  
Universidade Estadual do Ceará – UECE

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Francisca Elisângela Teixeira Lima  
Universidade Federal do Ceará – UFC

*Aos meus pais, pela existência e pela  
demonstração de amor incondicional nas  
diversas fases da minha vida.  
Aos meus irmãos, cunhadas e sobrinhos pelas  
alegrias constantes.  
Ao Augusto, pelo apoio e compreensão nos  
momentos difíceis.  
Dedico esse trabalho.*

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

A DEUS, ser supremo que nos inspira e nos acompanha sempre.

À professora Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas, da Universidade Estadual do Ceará (UECE), que em muitos momentos foi muito mais que orientadora, sempre favorecendo conversas críticas, reflexivas e construtivas para o compartilhamento de ideias e a construção desse trabalho.

À professora Dra. Maria Salete Bessa Jorge, pelas ideias e sugestões compartilhadas ao longo dessa trajetória.

À professora Dra. Dafne Paiva, pelas contribuições valiosas fornecidas nesse estudo.

À professora Dra. Francisca Elisangela Teixeira Lima, pela gentileza com que aceitou participar e fazer sugestões nesse estudo.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos professores, colegas e funcionárias do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde (CMACCLIS) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), pelo convívio e aprendizado.

À equipe de enfermagem da Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará (UFC), pelo apoio dispensado nas diversas etapas da realização desse trabalho.

Às acompanhantes e familiares das pacientes internadas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará (UFC), por aceitaram participar desse estudo.

Aos colegas, Cristina, Diego, Rândson e Germane pela colaboração, participação e troca de experiências nesse estudo.

A todos aqueles que durante esse período lhano da minha vida contribuíram para a construção do aprendizado. Muito obrigada.

## RESUMO

Este estudo sobre produção do cuidado do enfermeiro em Maternidade Escola emergiu a partir da prática profissional, ao perceber que o cuidado humanístico na perspectiva do cuidado integral está distante da prática vivenciada no contexto hospitalar. Teve como objetivos: compreender o processo de produção do cuidado do enfermeiro com mulheres hospitalizadas em unidade de internação em uma Maternidade Escola; discutir a interação entre o enfermeiro e a família no ato de cuidar. O caminho metodológico fundamentou-se no estudo do tipo descritivo com enfoque da análise qualitativa; o local do estudo foi uma maternidade escola localizada na cidade de Fortaleza-Ce. Utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada e a observação sistemática das práticas de cuidado do enfermeiro e grupo focal para discutir a interação entre o enfermeiro e a família no ato de cuidar. Constituíram os sujeitos do estudo treze enfermeiras e treze acompanhantes. Os dados do material empírico foram analisados com base na análise temática de Minayo. Emergiram os seguintes temas e as seguintes categorias temáticas: 1 Produção do cuidado do enfermeiro; 1.1 Organização do processo de trabalho; 1.2 Necessidades de saúde das mulheres; 1.3 O cuidado as mulheres; 2 Processo de cuidado na visão do usuário; 2.1 Visão do usuário sobre a assistência prestada à paciente que ele acompanha; 2.2 Percepção do acompanhante sobre a relação com o enfermeiro; 2.3 Avaliação sobre a instituição na visão do acompanhante. Os resultados revelaram que um ou outro elemento definidor do que seja o cuidado integral está presente na prática do enfermeiro como algo distante do que como uma prática possível na sua totalidade. Desenvolvem um cuidado fragmentado, baseado no modelo hegemônico a partir de preceitos do cuidado centrado na doença. A concepção de cuidado definida pelos enfermeiros vai além da técnica. O cuidado prestado possui características de uma atenção fragmentada, com falha de comunicação, constrangimento de pacientes e familiares, demora na resolução de problemas, negligência de profissional não enfermeiro, não utilização da equidade em situações citadas. Houve vários depoimentos que sugeriram que o cuidado fosse realizado de forma mais atenciosa, isso é, de forma integral e não fragmentada. Estratégias como conhecer o contexto social e cultural; a conversa, a escuta, a necessidade de estar atento às expressões verbais e não verbais do doente, a oferta de atividades lúdicas; rede de apoio entre os diferentes membros da família, amigos, vizinhos, serviços de saúde, foram traçadas na tentativa de realizar o cuidado integral. A produção do cuidado realizada pelos enfermeiros em uma unidade de internamento de uma maternidade de Fortaleza ocorre de forma fragmentada e não há aplicação dos elementos estruturais do cuidado integral.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Cuidados de enfermagem. Assistência Integral à saúde. Assistência centrada no paciente.

## ABSTRACT

This study on the production of nursing care at Maternity Hospital came from the professional practice, by realizing that the humanistic care in the perspective of comprehensive care is far from the practice experienced in the hospital environment. It had as objectives: to understand the process of nursing care production to women hospitalized in a care unit at Maternity Hospital and to discuss the interaction between nurse and family in care process. The methodological approach was based on descriptive study focused on qualitative analysis; the study place was a Maternity Hospital in Fortaleza-CE-Brazil. For data collection were used as techniques the semi-structured interview and systematic observation of nursing care practices and focus groups to discuss the interaction between nurse and family in the care process. Thirteen nurses and thirteen companions composed the study sample. Empirical data were analyzed based on Minayo thematic analysis. The following themes and categories emerged: 1. Production of nursing care; 1.1 Organization of the work process; 1.2 Health needs of women, 1.3 Women care; 2. Care process in user view; 2.1 User view on assistance provided to the patient that he accompanies, 2.2 Perception of the companion on the relationship with the nurse; 2.3 Assessment of the institution on the companion view. The results revealed that one or another defining element of comprehensive care is present in nursing practice as something far from a possible practice in its entirety. They develop a fragmented care based on the hegemonic model from care principles based on disease. The care concept defined by nurses goes beyond technique. The care provided has characteristics of a fragmented care, with communication failure, embarrassment of relatives and patients, delay in solving problems, negligence of non-nurse professional, non-use of equity in the situations mentioned. There were several reports that suggested that the care should be performed in a more thoughtful way, more integral and not fragmented. Strategies such as knowing the social and cultural context, conversation, listening, need of being aware of verbal and non-verbal expressions of the patient, the offer of recreational activities, support network among different family members, friends, neighbors, health services, were drawn in an attempt to achieve comprehensive care. The care production performed by nurses in a hospital ward of a maternity hospital in Fortaleza is fragmented and there is no application of the structural elements of comprehensive care.

**Keywords:** Nursing. Nursing care. Comprehensive Health Care. Patient-Centered Care.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

CEPE	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
FFOE	Faculdade de Farmácia, Enfermagem, Odontologia e Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará
GTH	Grupo de Trabalho em Humanização
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
HUMANIZASUS	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde
RN	Recém Nascido
SER	Secretaria Executiva Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DO ESTUDO.....</b>	12
1.1	O OBJETO DO ESTUDO E PRESSUPOSTOS.....	16
<b>2</b>	<b>EIXO TEÓRICO DA PESQUISA.....</b>	21
2.1	PRODUÇÃO DO CUIDADO DE SAÚDE E ENFERMAGEM.....	21
2.2	O ENFERMEIRO COMO PROTAGONISTA NA PRODUÇÃO DO CUIDADO A MULHERES HOSPITALIZADAS.....	32
2.3	DIMENSÃO DA CLÍNICA COMO DISPOSITIVO ORIENTADOR DO CUIDADO DE SAÚDE.....	33
<b>3</b>	<b>CAMINHOS DA PESQUISA.....</b>	39
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	39
3.2	CAMPO EMPÍRICO DA PESQUISA.....	39
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	42
3.4	COLETA DE DADOS.....	43
3.5	ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO.....	45
3.6	QUESTÕES ÉTICAS E PROCEDIMENTOS.....	48
<b>4</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	49
4.1	PRODUÇÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO.....	49
<b>4.1.1</b>	<b>Organização do processo de trabalho do enfermeiro.....</b>	50
4.1.1.1	Prática do cuidado e estratégias na enfermagem.....	50
<b>4.1.2</b>	<b>Necessidades de saúde das mulheres na visão do enfermeiro.....</b>	55
4.1.2.1	Acolhimento e vínculo.....	56
4.1.2.2	Equidade.....	65
4.1.2.3	O (des)conhecimento das mulheres sobre o adoecimento na visão do enfermeiro.....	67
<b>4.1.3</b>	<b>O cuidado às mulheres.....</b>	70
4.1.3.1	Percepção da subjetividade das mulheres na visão do enfermeiro.....	70
4.1.3.2	Concepção de cuidado para os enfermeiros.....	73
4.1.3.3	Como se sente cuidando.....	79
4.1.3.4	Dificuldades enfrentadas.....	81
4.2	O PROCESSO DE CUIDADO NA VISÃO DO ACOMPANHANTE E SUA INTERLOCUÇÃO COM O USUÁRIO.....	83
<b>4.2.1</b>	<b>Visão do acompanhante sobre a assistência prestada ao usuário que ele acompanha.....</b>	83
<b>4.2.2</b>	<b>Percepção do acompanhante sobre a relação com o enfermeiro.....</b>	89
<b>4.2.3</b>	<b>Visão da acompanhante sobre a instituição.....</b>	92
<b>5</b>	<b>ESTRATÉGIAS EM ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER.....</b>	95
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	100
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	104

<b>APÊNDICES</b> .....	112
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENFERMEIRAS.....	113
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – COMPANHANTES.....	114
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – Roteiro de Entrevista.....	115
APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – Roteiro de Observação no Campo.....	116
APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – Roteiro do Grupo Focal.....	117
APÊNDICE F – DESENVOLVIMENTO DO GRUPO FOCAL.....	118
<b>ANEXO</b> .....	121
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	122

## 1 APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DO ESTUDO

Esta investigação emergiu a partir da prática profissional enquanto enfermeira de uma maternidade que vivencia o internamento de mulheres em situações de alteração do aparelho reprodutor feminino, sendo essas fisiológicas, como é o caso do puerpério; ou em outros momentos, como no caso de cirurgias ou disfunções do referido sistema. O desejo de trabalhar com cuidado se deu a partir de vivências ao longo da trajetória acadêmica e profissional.

Durante a graduação de Enfermagem, na Universidade Estadual do Ceará, o cuidado era estudado e praticado numa dimensão apenas técnica. A discussão acerca da humanização era desenvolvida dentro de uma visão assistencialista. Com o passar dos anos, e com a vivência profissional enquanto enfermeira assistencial e professora em curso de enfermagem percebi que o cuidado é mais que o desenvolvimento de técnicas, como administrar medicamentos e seguir prescrição médica.

Cuidado é um valor ético, político, uma atividade intrinsecamente humana, que envolve uma responsabilidade coletiva onde nenhum dos envolvidos nesse processo pode se esquivar. O cuidado deve passar por ações de criar, transformar ou recomeçar algo novo nos espaços de saúde, isso é o cuidado deve ser transformado de forma abrangente que envolva diversas áreas como técnica, estética, ética, política para ser transformado em saúde (PINHEIRO, 2007).

Hoje, a partir do que eu apreendi com leituras e discussões no Curso de Mestrado acadêmico em Cuidados Clínicos da Universidade Estadual do Ceará tomei conhecimento da existência de diversas concepções acerca do cuidado, considerando-se a abordagem do cuidado interdisciplinar como uma das concepções de cuidado mais amplas já que consiste na perspectiva de cuidado humanístico que ocorre a partir do sujeito que vivencia o adoecimento, e não o cuidado baseado somente na patologia desse usuário. Existe uma grande diferença entre cuidado e patologia. Ambos tem grande valia e cientificidade para a humanidade; o cuidado às pessoas com patologia consiste em ver o usuário no processo de adoecimento de forma integral, enquanto indivíduo no contexto familiar, social, econômico e cultural.

Assim, percebo o cuidado humanístico na perspectiva da integralidade do cuidado como algo distante da prática clínica vivenciada no contexto em que estou

inserida como enfermeira. Segundo Merhy (2002), a produção do cuidado envolve o conjunto dos trabalhadores em saúde com seus potenciais de intervenções nos processos de produção da saúde e da doença, marcados pela relação de seus núcleos de competência específicos, associados à dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde tem.

Diferentemente do que vivencio, a interpretação que faço a respeito das atividades executadas atualmente pelos enfermeiros na assistência institucionalizada, isto é, no hospital, é que a execução do cuidado tem sido desenvolvida dentro do modelo clínico tradicional e assistencial.

É do conhecimento de todos que trabalham em hospitais credenciados pelo SUS que as condições reais dos serviços de saúde tem mostrado que conforme o modelo de atenção adotado, nem sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida com a cura e com a promoção (MERHY, 2007).

De acordo com Almeida; Rocha (1997, p. 59),

a especificidade do trabalho da enfermeira, de dominar tecnicamente todas as ações de enfermagem, sem atuar diretamente na sua execução, mas participar da coordenação, supervisão e que não foi compreendida e aceita [...] talvez, por tratar-se de uma lógica de trabalho que está centrada no atendimento clínico individual, podendo ser mensurada e responder imediatamente ao sofrimento humano, mas está voltada para a articulação, integração e controle de todas as atividades [...].

Assim sendo, a enfermagem, como área profissional individualizada, em suas práticas, as faz a partir de um processo singular que configura saberes e práticas peculiares, conforme esclarecem Pedduz e Ciampone (2005, p. 113): “Portanto, a divisão do trabalho não apenas reflete o desenvolvimento científico-tecnológico, mas a dinâmica social das práticas de saúde que engendram subdivisões sistemáticas dos trabalhos”.

No dia-a-dia, o que observo é uma prática de enfermagem que parece não perceber as mulheres no que se refere ao atendimento de suas necessidades de saúde. Cecílio (2001) define necessidades de saúde como uma busca de algum tipo de resposta para as condições de vida capazes de melhorar e prolongar a vida. Podem ser captadas e trabalhadas na sua dimensão individual.

A prática profissional deve levar em consideração o compromisso com o sujeito, família e sociedade. Baseado nisso, o trabalho do enfermeiro exige compromisso ético e moral.

O caminho percorrido pelas usuárias do SUS até chegarem a um serviço terciário, muitas vezes é longo, pois o início se dá na atenção básica, seguido de vários encaminhamentos, de realizações de exames, idas e vindas até conseguir o atendimento no serviço terciário específico. Em casos de urgência e emergência o atendimento e o internamento no setor citado são mais rápidos, porém com grande objetividade na doença e não no adoecimento. A doença vista como falta ou perturbação da saúde, moléstia, mal, enfermidade (PEREIRA, 2004).

Considerando que possam existir lacunas nas formas de exercer o cuidado as mulheres que se encontram em unidades de internamento, tenho o interesse de investigar **como vem sendo desenvolvida a prática do cuidado do enfermeiro**, que ocupa posição singular nos serviços de saúde, com ampla abrangência de ações. Diante do exposto, busco descrever como acontece a produção do cuidado do enfermeiro fundamentado pela integralidade do cuidado no processo de trabalho e desenvolver dispositivos orientadores que venham construir estratégias para uma prática voltada para a perspectiva da integralidade do cuidado. Considero a questão relevante para o desenvolvimento do estudo porque a concepção de cuidado que tenho como referencial ver o usuário nas suas diversas dimensões não fragmentando-o, apenas como patologia e sintomas; como forma de apreender novos conceitos e ter novas possibilidades para o desenvolvimento do cuidar individualizado no intuito de gerar usuários autônomos.

No atendimento as mulheres, em qualquer dos níveis de atenção à saúde, não basta operacionalizar a oferta dos exames, procedimentos e tratamentos medicamentosos, todos a partir de medidas prescritivas e preditivas. Isso porque humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos, conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero.

Observo que o foco da atenção em saúde é centrado somente na patologia e frequentemente o usuário é identificado por ela e sua sintomatologia, de forma que os profissionais de saúde, como detentores do saber e das decisões, julgam e exercem o poder de decidir o cuidado na vida das pessoas que estão inseridas no ambiente hospitalar.

No entanto, Vargas e Ramos (2008) argumentam que os profissionais devem desenvolver habilidades para observar os clientes por meio do cuidado tecnológico e proceder

às avaliações diagnósticas. Assim, a partir da conexão do profissional com a técnica é possível realizar uma avaliação dos sintomas referidos pelo usuário na sua interface com a técnica utilizada.

Os usuários internados necessitam de acolhimento, de atenção humanizada, caracterizados como cuidado, que deve ir além do modelo tradicional em saúde, mas sem desprezá-lo. O saber profissional sobre a saúde, principalmente nas instituições, muitas vezes sobrepuja o saber leigo. Isto se reforça na verticalização do atendimento e na conversa diretiva estabelecida entre profissional e usuário, voltada à entrevista clínica e diagnóstico médico. Via de regra, as mulheres não colocam suas reais preocupações nas consultas, pois não dominam, em certa medida, a linguagem que considera ser a correta para expressar seus problemas. Isto faz com que, ao comunicar suas queixas, busquem falar a mesma língua do profissional, situando seus problemas no campo dos sinais e sintomas que se assemelham a determinadas doenças, já conhecidas por experiências passadas. Ou, então, concorde passivamente com a condução que a consulta toma, acatando as prescrições aos problemas pontuais diagnosticados (BOLTANSKI, 1989).

O trabalho em saúde está inserido no contexto de um mundo próprio, complexo, dinâmico, em que cotidianamente os usuário se apresentam com suas necessidades e buscam, junto aos trabalhadores de saúde, com suas ferramentas, resolvê-los. Nesse sentido, as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde ajudam a identificar e atender as necessidades dos envolvidos no processo de cuidar, sendo eles usuários ou profissionais, deixando-os mais satisfeitos.

Os saberes e as práticas que abrangem a saúde da mulher são permeados por especificidades dos programas que visam incluir ações de prevenção de doença e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que apresentam. A atenção à saúde da mulher possui ações consolidadas nos diferentes níveis de atenção. São centradas em procedimentos específicos para cada fase do ciclo vital a partir de necessidades de saúde das mulheres percebidas pelos profissionais (técnicos) elaboradores dessas ações.

A partir de 1984 o programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004).

Os manuais ministeriais que tratam da assistência à mulher, referem que a assistência prestada demonstra comprometimento da qualidade dessa atenção, indicando que as mulheres não estão suficientemente informadas. Há necessidade de esforço coletivo, de setores governamentais e não governamentais, para a melhoria da qualidade da atenção a saúde da mulher em todo o país. É reiterada no manual de 2004 e 2005 a importância da participação social neste processo (BRASIL, 2005a).

O Ministério da Saúde publica manual com edição revisada e ampliada, com a finalidade de oferecer referência para a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normatização das práticas de saúde. A revisão e ampliação do manual foram realizadas por técnicos e consultores dos vários setores do Ministério da Saúde, considerando as evidências científicas atuais e as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). As secretarias estaduais e municipais de saúde devem adaptar, colocar em prática e avaliar a aplicação dessas normas, visando garantir o atendimento integral e os requisitos básicos para promoção de atitudes e condutas favoráveis ao desenvolvimento adequado da gravidez, do parto e do puerpério, em um contexto de humanização da atenção (BRASIL, 2005a).

A partir de reflexões advindas da ação de desenvolver cuidado enquanto enfermeira assistencial, com alunos no campo de prática, e no mestrado de cuidados clínicos, buscamos investigar acerca da produção do cuidado do enfermeiro a mulheres em uma Maternidade Escola da cidade de Fortaleza – Ceará, com vistas a subsidiar estratégias para a construção de uma prática clínica em atenção à mulher na perspectiva da integralidade do cuidado.

## 1.1 O OBJETO DO ESTUDO E PRESSUPOSTOS

Segundo Ayres (2009) o setor saúde, cujas práticas de cuidado são apontadas como geradoras de padrões de subjetividades ordenadas pelo sistema vigente, camufla uma crise produtiva mundial com gastos onerosos, baixa resolutividade e serviços que não correspondem às necessidades dos usuários. Percebe-se a baixa satisfação do usuário e o não comprometimento dos profissionais com as demandas de saúde, tanto no plano individual como coletivo. Há um visível desencontro entre os padrões de subjetividade e a capacidade de resposta das práticas de saúde que marcam a crise (AYRES, 2009). A partir do exposto sabemos que a crise na saúde, se refere ao modelo assistencial no ambiente

hospitalar, nas emergências, nos pronto-socorros, isto é, onde os usuários passam, a crise está presente já que visualizamos essas situações de insatisfação dos envolvidos no processo, baixa resolubilidade no dia-a-dia.

Merhy, Cecílio e Nogueira Filho (1991) referem que a caracterização do modelo assistencial está relacionada com o conceito de saúde e do que se recortam como objeto de trabalho, os instrumentos e os saberes colocados em ação.

Percebemos que esses elementos citados acima influenciam no cotidiano dos profissionais e usuários, a partir da relação entre os envolvidos nesse processo. Apesar dos esforços para concretização do SUS, a prática desenvolvida permanece hegemônica, sendo difícil romper com as fragmentações instituídas pelo saber-poder, sustentada pelo paradigma flexneriano, que está focado na doença (FERLA, 2002).

A equipe de saúde é formada pelo conjunto de trabalhadores especializados nas partes e nos sistemas do corpo humano, sendo o principal agente o médico: dentre eles há os especialistas e há a hierarquia de saber e poder. Assim, os outros profissionais da saúde somam para dar condições ao trabalho médico e para ordenar um cuidado como somatório de intervenções especializadas com base na ideia de anormalidade anátomo-fisiológica com forte determinação social (MENDES, 1996).

Corroboramos com o autor supracitado acerca da produção do cuidado em saúde, e pensando no trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar, percebemos que o enfermeiro não é o único responsável por essa produção. Pontuamos que o campo da saúde apresenta insuficiências próprias dos atos produtivos em saúde, com destaque para os modelos, os procedimentos centrados, e a ausência de ações integralizadas e unificadas centradas no usuário.

A produção do cuidado deve ser operada dinâmica e ciclicamente, sob atuação de vários trabalhadores, numa lógica produtiva determinada macro e micro politicamente. Assim sendo, a enfermagem precisa, politicamente, incorporar sentidos que venham ocasionar impacto nas ações de cuidado que desenvolve, e estes são evidenciados nos conceitos e princípios do cuidado integral. Os conceitos adotados devem dialogar com as ações empreendidas pelos profissionais da saúde, suas implicações e divergências. A incorporação desses conceitos precisa ser refletida, tendo em vista a sua potência de utilização em diversos cenários, com o olhar aqui no cenário hospitalar (MERHY, 2002).

No contexto hospitalar perdura ainda a incorporação das técnicas e procedimentos de enfermagem. Segundo Almeida; Rocha (1997), a enfermagem é tomada como trabalho, e no próprio desenrolar deste, ou seja, no processo de trabalho da saúde, se identifica seus momentos, caracterizando sua finalidade, tecnologia, objeto e agentes. Analisando o processo de trabalho da saúde e aí a enfermagem, em realidades concretas, podemos apreender as contradições e dinâmicas da prática e contribuir com estratégias de mudanças da realidade. Como parcela do trabalho em saúde, está presente na produção dos serviços em saúde, em nível coletivo.

O enfermeiro, ao gerenciar o serviço de enfermagem, utiliza instrumentos como normas, rotinas, equipamentos e materiais; a força de trabalho em enfermagem com a finalidade de organizar e controlar o processo de trabalho e favorecer a ação de cuidar. A função peculiar da enfermagem é prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, no desempenho de atividades para promover, manter ou recuperar a saúde (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Ao exercer o cuidado nos diversos contextos que o enfermeiro se insere, ele deve dispor de tecnologias para auxiliá-lo.

Portanto, o enfermeiro, no seu cotidiano de trabalho, necessita lançar mão de tecnologias que qualifiquem sobremaneira os atos dos cuidadores. As tecnologias são saberes constituídos para a produção de produtos singulares, e para organizar ações humanas nos processos produtivos, até mesmo na dimensão inter-humana.

Segundo Merhy (2002), as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: leves (são tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento); leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como na clínica médica, psicanalítica, epidemiológica); e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais). Todas têm sua importância e utilização na enfermagem, mas defendo, nesse estudo um uso maior de tecnologias leve-duras e leves embora não descarte o uso de tecnologias duras.

O que importa não é só ter profissionais preparados tecnicamente para os serviços hospitalares, mas profissionais que visualizem novas formas de atuar nesses serviços; devemos refletir como e quais tecnologias causam impacto no processo de trabalho.

Desejamos que, a partir da crise produtiva, as organizações de saúde sofram mudanças, fazendo emergir novos modos de cuidar na saúde. Nessa perspectiva, o processo de transformação no campo da saúde da mulher decorre de uma longa construção histórico-social com avanços devido ao uso de antibióticos, anestésias, transfusões sanguíneas, entre outros. Em contrapartida, tem-se aumento no número de consultas de pré-natal, porém há comprometimento da qualidade dessa assistência, pois a hipertensão arterial ainda é a causa mais frequente de morte materna no Brasil e a atenção no puerpério não está consolidada nos serviços de saúde (BRASIL, 2005a).

Baseado nisso, percebemos a necessidade de esforço coletivo dos diversos setores da saúde, para a melhoria da qualidade da atenção à saúde da mulher.

A consolidação das ações da saúde da mulher no contexto hospitalar perpassa pelas necessidades encontradas e percebidas por todos os níveis de hierarquia do atendimento, tendo cada um suas particularidades.

A organização dos serviços de saúde da mulher sugere uma perspectiva humanizadora das relações na produção do cuidado. A fragmentada prática assistencial sucumbe às possibilidades de autonomia do usuário frente a seus déficits e também às oportunidades terapêuticas a serem disponibilizadas no campo prático profissional.

A fragmentação do cuidado e a (des)responsabilização pelo usuário é constituída pela condição estática e departamentalizada do processo condutor da terapêutica e constituem um empecilho ao desenvolvimento da conduta autônoma. Considera-se que a clínica do sujeito é um dos requisitos essencial para a prática, em que o diálogo deve dar-se, na própria rede de cuidados, no sentido de favorecer a autonomia do usuário (CAMPOS; AMARAL, 2007).

De acordo com a literatura inerente à temática e a inserção no contexto a ser estudado propomos uma discussão acerca do posicionamento do enfermeiro frente às diversas formas de atuação assistencial que executa no desenvolvimento do cuidado.

Para estruturar a discussão teórica e também explicitar a formulação teórico-metodológica adotada, formulamos os seguintes pressupostos teóricos:

**1º Pressuposto** – A produção do cuidado desenvolvido pelo enfermeiro em unidade de internamento, no ambiente hospitalar terciário, está delimitada pelo modelo hegemônico, ou médico-centrado, no qual o usuário é determinado

pela necessidade de cura e de redução de riscos à saúde. A configuração desse processo se dá pela concepção da doença-cura, encontrada na forma positivista de ser (relação causa-efeito), com uma perspectiva biológica. Os serviços de saúde têm uma assistência baseada em uma prática fragmentada do modelo cuidado clínico flexineriano, em que a centralidade do cuidado pauta-se na doença.

**2º Pressuposto** – A prática clínica do enfermeiro é refletida nas atitudes dos usuários, nos padrões de reações e participação deles no seu tratamento, implicando na recuperação da sua saúde e/ou readaptação a uma nova condição de vida a partir da eficácia dos cuidados recebidos. Nesta perspectiva, elaborei os seguintes objetivos da pesquisa:

- Descrever a produção do cuidado do enfermeiro com as mulheres hospitalizadas em unidade de internação em uma Maternidade; sair escola;
- Discutir a interação entre o enfermeiro e a família no ato de cuidar.

## **2 EIXO TEÓRICO DA PESQUISA**

### **2.1 PRODUÇÃO DO CUIDADO DE SAÚDE E ENFERMAGEM**

O resgate das práticas de cuidar na dimensão produtiva de atos de saúde proporciona inquietações que permeiam as concepções e os papéis de cada um dos elementos que constituem o processo de cuidar. O ato de prover cuidados tem o objetivo de dar ao ser humano condições próprias de recuperar-se na condução do seu viver.

As limitações impostas organicamente por patologias exprimem-se em morbidades ou em doenças inerentes à decrepitude ou à dinâmica da vida em sociedade. Porém, esses processos parecem não ter ações definidas e específicas para as dimensões do existir humano, já que as dimensões biológicas, sociais, culturais e econômicas são interligadas e interagem com as pessoas que vivenciam o adoecimento.

O conhecimento científico se objetiva no cuidado, possibilitando uma interação efetiva com o cliente, uma vez que a experiência e o saber se constituem como formas de se aproximar do outro, que precisa de cuidado (VARGAS; RAMOS, 2008). O cuidado como prática terapêutica não objetiva apenas a cura da doença. A terapia pode até não curar, mas nunca devemos nos deparar com a impossibilidade do cuidar (PINTO, 2008).

A produção do cuidado faz emergir um espaço de interrelação trabalhador de saúde/usuário, mediado por tecnologias, mas que supera a objetificação destas e permite a construção de intersubjetividades afluentes de uma sabedoria prática (AYRES, 2000).

Na tentativa de conceituar o cuidado, se deve considerar que ele faz parte da vida humana de forma efetiva e em todos os aspectos, e que nenhuma vida pode existir sem ele. Cuidar é ir ao encontro do outro para acompanhá-lo e juntos promoverem e fomentarem uma vida boa para todos. É uma proposta ética, uma atitude, um modo de ser, uma maneira como a pessoa funda e constrói suas relações com as coisas, os outros, o mundo e consigo mesma. É uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização radical, sensibilidade para com a experiência humana e reconhecimento da realidade do outro como pessoa e como sujeito, com suas singularidades e diferenças. É empregado sob diferentes sentidos na área da saúde, desde a concepção de curar até como proposta ética (ZOBOLI, 2007).

Para Zoboli (2007), cuidar é uma ação integral, com significados e sentidos que compreendem a saúde como direito de ser. É atender as pessoas em seu sofrimento, respeitando as limitações, e sem perder o foco social do contexto. Com o mundo social seguro, há minimização do isolamento e prevenção de agressões. É uma atividade de relacionamento, de perceber e responder às necessidades por meio de interconexões que fazem com que ninguém seja deixado sozinho.

Nesse sentido, percebemos o cuidado como uma proposta alternativa, ética, de responsabilidade individual e coletiva, com abordagem inter, multi e transdisciplinar, pois considera a pluralidade dos contextos, tendo como base o diálogo de todos os envolvidos no processo de cuidar. Requer aceitação do usuário inserido nesse processo proposto.

Para amparar a vulnerabilidade humana é insuficiente a responsabilidade que implica apenas responder por atos, omissões e danos. Para dar conta das obrigações que se tem junto à comunidade de seres morais e vulneráveis à qual se pertence, são imprescindíveis as contribuições positivas de cuidados de uns para com os outros. Assim, o cuidado configura uma contribuição positiva em defesa e fomento da vida, com proteção dos vulneráveis. O cuidado visa o trabalho coletivo centrado no usuário, constitui-se com uma prática de usuários e trabalhadores engajados num projeto comum (ZOBOLI, 2007).

As margens entre a medicina intervencionista e a naturalista são entendidas como uma relação intersubjetiva que se desenvolve num tempo contínuo e que abre espaço para a negociação e a inclusão do saber e das necessidades do outro (AYRES, 2009).

O cuidar envolve o participar da construção de projetos humanos e sustentar a relação entre matéria e espírito, corpo e mente, a partir de uma forma de vida que faça valer a presença no mundo (AYRES, 2009).

Acrescenta Acioli (2001) que o cuidado é um campo relacional onde as pessoas são sujeitos que ora cuidam e ora são cuidados, mas há uma relação diferente entre os sujeitos envolvidos, essas diferenças refletem no ato de cuidar.

Devemos pensar que todo cuidado é produzido por meio de atos de saúde e que estes nem sempre consideram as necessidades do usuário, sendo, portanto, centrados muito mais nos procedimentos do que nas necessidades do sujeito (MERHY, 1999).

Na enfermagem, o cuidado é uma ação técnica e objetiva que comporta uma dimensão expressiva. O fenômeno do cuidado se dá na relação interpessoal estabelecida na interação entre os sujeitos. Isto implica em comunicação, pressupondo o entrelaçamento de saberes próprios desse sujeito e ético. A hospitalização leva à dependência dos clientes para os cuidados de si, por estarem enquadrados em uma ordem institucional não familiar. A perda da autonomia é quase inerente à hospitalização levando a uma reacomodação do autoconceito de corpo/sujeito (FERREIRA, 2008a).

O cuidado pode ser desenvolvido de forma sensível, criativa e contextual, considerando os limites e as possibilidades das ações de enfermagem, na compreensão crítica de que os atos estão imersos em contexto cultural-social, que responde por determinadas implicações. A construção de um modelo de cuidar que busque a integração do ser humano, cuja prática preza pela realização de cuidados que atendam às necessidades humanas no âmbito da saúde e da doença, exige considerar as experiências individuais, no que cabem aos valores sociais e humanos, as emoções e toda a subjetividade e desejo, que dá singularidade a este ser. A cultura do cuidado, em que pese o conceito das relações que se estabelecem entre os sujeitos é uma “rede de conversação” que exige compreensão, solidariedade, cooperação e respeito mútuo, pois o cuidado é, por princípio e natureza, ético em si. Portanto, o cuidado inexiste sem respeito; logo, a ética do cuidado é o próprio cuidado, em que pese o seu entendimento enquanto conceito opositor ao de descaso e descuido (FERREIRA, 2008a).

Desta forma, a enfermagem inexiste sem cuidado e o cuidado inexiste sem respeito, logo, inexiste sem ética que para Ferreira (2008a), cuidado de enfermagem possui definições tais como: a interação, a subjetividade e a intersubjetividade, a bipolaridade entre natureza/cultura, indivíduo/ sociedade, biológico/social, conhecimento científico/senso comum, objetivo/subjetivo, real/ representado, técnica/expressividade. Tais bipolaridades implicaram em um esforço de complementaridade, dado o cuidado ser um fenômeno multifacetado e complexo, que para ser problematizado e melhor elucidado demanda um movimento de convergência de vários campos do conhecimento no interesse de pressupostos específicos que vêm servindo de fundamentos para explicar os atos de cuidar.

O cuidado articulado à vivência/experiência do cliente (sujeito) e do enfermeiro (agente) no campo hospitalar é o alvo de maior incidência nos estudos de enfermeiras. O cuidado se caracteriza: no encontro (interação e cultivo da relação humana); na integração

ao meio social; na linguagem verbal e não verbal manifestada no toque, no carinho, na atenção. O cuidado traz uma forte marca da dimensão interpessoal (FERREIRA, 2008a).

Desta forma, o cuidado perpassa a intersubjetividade dos partícipes, evidenciando-se como um fenômeno dual. O delineamento dos resultados das pesquisas analisadas vem evidenciando a relação interpessoal como cerne no desenvolvimento do cuidado, visto que a interação enfermeiro-cliente é condição imprescindível para que o cuidado se efetive. O cuidado, abordado como intervenção técnica-instrumental e expressiva, evidencia a rede de relações que se estabelece entre os sujeitos, atribuindo-lhe complexidade. Esta se constrói no encontro entre a objetividade técnica e a subjetividade da relação entre os sujeitos partícipes do cuidado, exigindo um domínio, tanto do saber quanto do sentir. Em um dado espaço de cuidado, constituímos e definimos uma forma de convivência que se realiza como uma configuração especial de entrelaçamento da ação com a emoção de todos os partícipes do cuidado. Formamos, portanto, uma rede de conversações constitutiva de uma cultura de cuidado, construída na intersubjetividade dos sujeitos que dela participam. Tal rede de conversação congrega as atividades e os afazeres humanos e, como tal, expressa a cultura que nos faz humano (FERREIRA, 2008b).

A partir de diversos estudos de Ferreira (2008b), o cuidado é visto como uma atividade humana, é um “afazer” específico da enfermagem, se expressa em uma cultura pessoal-profissional que se constrói e se reconstrói na relação intersubjetiva que se estabelece entre o enfermeiro e o cliente. A relação intersubjetiva é abordada, não no sentido de focar as relações interpessoais em si, mas o campo da interação, congregando saber, conhecimento, ação, comunicação, atitude e técnicas corporais. Se a interação entre profissional e cliente se expressa através das formas de comunicação estabelecidas no cuidado (verbal e não verbal) e a qualidade de tais interações vem sendo analisada a partir da afeição envolvida nos encontros de cuidado, um núcleo que dá sentido ao cuidado seria o conceito de interação.

Assim, o cuidado proposto por Ferreira (2008b) é uma conceptualização para “interação no cuidado”, qual seja: “A ação entre pessoas, traduzida em uma maneira de ser e de expressar disposição para cuidar (estar com o outro proporcionando beneficência), e que se objetiva em ato/atos que comportam a técnica (saber profissional – procedimental – instrumental e expressivo) associada a certos estados de sensibilidade”.

O cuidado pressupõe um olhar diferente às diversas perspectivas que formam o processo de produção de saúde. É, portanto, uma visão ampliada das necessidades de cada indivíduo, consideramos o contexto e o momento da vida de cada sujeito, na qual os projetos terapêuticos surgirão de uma interação entre a equipe de saúde e os usuários.

Assim, a integralidade como prática de saúde pode ser compreendida, entre outros aspectos, como uma visão do sujeito na sua totalidade, na qual a compreensão do sofrimento acontece através da ampliação do processo saúde-doença para suas dimensões psicossociais, considerando a singularidade do sujeito e seu modo de perceber os eventos da vida (LACERDA; VALLA, 2006).

Integralidade significa responsabilidade, reconhecer as conquistas, atuar no sentido de defendê-las, e buscar aprimorá-las. Deve ser vista como prática social, um dispositivo inevitavelmente dialógico e ferramenta da indissolubilidade entre ação e pensamento. Utilizada para combater a fragmentação, o desrespeito à dignidade humana, o esvaziamento do conceito da vida como fonte de valores humanos, cuja saúde não deve ser reduzida à ausência de doenças (PINHEIRO, 2008).

Mattos (2001) defende a integralidade como um valor a ser defendido e sustentado nas práticas dos profissionais de saúde, sendo expresso na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram. A integralidade é usada para designar atributos e valores de práticas de saúde, de organização dos serviços e de políticas de saúde.

Com o intuito de mudar a atenção à saúde para torná-la baseada no sujeito, o termo integralidade pode ser analisado sob três eixos: 1. Nas políticas públicas, como resposta aos problemas de saúde, procurando articular ações preventivas e assistenciais; 2. Na organização dos serviços de saúde, que devem realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população atendida, e não somente como uma resposta à doença; 3. Nas práticas dos profissionais de saúde, que devem olhar seus pacientes mais que sistemas biológicos com lesões ou disfunções (MATTOS, 2006).

Nessa perspectiva, o planejamento, a gestão dos serviços e a prática clínica devem ser resultado de um processo de diferentes profissionais, nas diferentes esferas da atenção à saúde de modo articulado, cooperativo com respeito ao usuário, formando redes integradas e não deixando uma dispersão nos serviços prestados (MATTOS, 2006).

Como trato do cuidado desenvolvido por enfermeiros no ambiente hospitalar, nos reportamos à integralidade como marca de algumas políticas de saúde, denominadas de políticas de saúde específicas como resposta à demanda e/ou necessidades de certos grupos populacionais específicos, que é o caso da atenção à saúde da mulher.

Assim, é evidente que se precisa entender a assistência de enfermagem como mais do que uma atividade técnica. Seu desenvolvimento necessita estar integrado ao sistema de saúde e às pessoas sob seus cuidados. E, para que isso se concretize, além da garantia de termos uma assistência de qualidade, precisamos de profissionais qualificados, inseridos na prática do cuidado e que consigam estabelecer uma adequada relação de comunicação com o usuário.

O processo de mudança do cuidado de enfermagem exige o deslocamento do foco central das ações para o usuário (ALMEIDA; ROCHA, 1997). Nessa prática transformadora, o enfermeiro deve atuar numa equipe comprometida com o cuidado. Assim, o enfermeiro precisa resgatar seu lugar como profissional de saúde e deixar de ser apenas o responsável técnico que preenche documento, assina papel, se preocupa com os serviços de lavanderia, portaria e não se envolve com o cuidado.

Esse novo contexto, que é o da integralidade, exige que o enfermeiro tenha consciência da sua importância como profissional do cuidado, e assuma seu papel na sociedade, prestando atenção adequada, informando e orientando sobre o uso correto do cuidado a ser desenvolvido, promovendo a saúde e melhorando a qualidade de vida, aproximando-se do usuário.

Corroborando com Mattos (2006), podemos dizer que a integralidade não é só uma diretriz do SUS, é uma maneira de indicar características do sistema de saúde, de instituições e de práticas desejáveis.

Devemos adotar a integralidade como medida preventiva e assistencial, sendo estas ferramentas necessárias para responder as necessidades de assistência dos portadores de doença, tendo como possibilidade futura a minimização da mesma (MATTOS, 2001).

As necessidades assistenciais não se reduzem às necessidades de se reduzir a letalidade ou a incidência de complicações. Visam oferecer uma resposta ao sofrimento experimentado pelo paciente, bem como o conjunto de valores, em que a integralidade se

relaciona ao ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária. Implica uma recusa ao reducionismo, à objetificação dos sujeitos. É uma abertura para o diálogo (MATTOS, 2001).

Consideramos que o trabalho em saúde, além de exaustivo, pode contribuir para a alienação dos trabalhadores, caso estes não sejam estimulados permanentemente a aprender no cotidiano, bem como não encontrem espaço para transbordar sua criatividade (ASSIS; LIMA; NASCIMENTO, 2010).

As práticas são realidades construídas, havendo intermediação entre objetivismo e subjetivismo, estando abertas as portas da história, na qual os sujeitos podem imprimir mudanças. (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Mattos (2005) afirma que a integralidade das práticas dos profissionais da saúde envolve o esforço de compreensão do sofrimento (vivido ou antecipado) causado pela doença no modo de andar a vida de cada sujeito, assim como a compreensão do significado das propostas terapêuticas e ofertas de tecnologias neste mesmo contexto. A conduta não deve decorrer de protocolos, nem da unilateralidade e, sim, dos diálogos entre o saber técnico e a compreensão da singularidade ou coletividade.

Para Mattos (2001), a integralidade pode ser entendida em sentidos diferentes que, ao se relacionarem, apresentam traços em comum, algumas analogias ou mesmo fios de ligação. A articulação existente nessa relação promove uma reação contrária às práticas reducionistas, uma recusa à objetificação dos sujeitos envolvidos nos processos e uma possibilidade de abertura para a comunicação dialógica, permitindo melhor compreensão dos problemas (MATTOS, 2001).

Ainda no campo do cuidado, Merhy e Franco (2003) consideram a integralidade como um potente dispositivo para desencadear processos de transformação das práticas de saúde, permitindo um (re)direcionamento do modelo de atenção à saúde. Nesse contexto, o trabalhador de saúde teria que repensar as práticas desenvolvidas em seu cotidiano e rever os valores e conhecimentos de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção social da saúde, para favorecer a construção de uma consciência sanitária.

A abordagem de Santos a Assis (2006) instiga-nos a refletir sobre as diferentes formas de compreensão da integralidade, pois aglutina diferentes dispositivos, como acesso aos serviços, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade na construção das linhas de

cuidado para tentar garantir e facilitar o percurso das pessoas a todos os serviços da rede de atenção à saúde. Enfatizam ainda que a integralidade é composta por um conjunto de agenciadores de mudança. Traçando uma analogia com a física, poderíamos concebê-la como um feixe de luz, ou seja, uma forma de energia que, ao atravessar um prisma, se decompõe em diferentes cores.

Ao demarcar a integralidade como um dos princípios do SUS, orientadores da formação em saúde, é preciso que a produção do cuidado esteja impregnada com as mais variadas formas de pensar e agir em saúde, associando ações promocionais, preventivas e curativas, despolarizando as possibilidades terapêuticas para dar conta das demandas das pessoas, no atendimento às necessidades de saúde individuais e coletivas (SANTOS; ASSIS, 2006).

Produtora de relações, signos e significados, a integralidade, como princípio e prática, tem ocupado os diferentes espaços das instituições e sociedade, sobretudo os espaços moleculares das relações que se transformam em encontros e desencontros, característica da política como ação concreta (PINHEIRO, 2007).

Por esta razão, não devemos buscar um conceito específico de integralidade, mas sim alguns sentidos que se referem a práticas integrais. Mais propriamente, a integralidade se constitui como um processo de construção social, pois apresenta um potencial de horizontalização das relações entre os atores envolvidos no campo da saúde. Deste modo, o princípio de integralidade pode ser empregado como uma proposta de transformação da prática da política de saúde e redefinição de valores sociais, pois “integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação ao diálogo.” (MATTOS, 2001, p. 61).

A integralidade surge, então, concomitantemente, como: a) critério axiológico na configuração dos valores sociais a receberem valoração jurídica; b) critério de ampliação dos mecanismos de efetivação de direitos e, por isso, da moldura que efetiva o quadro dos direitos sociais e coletivos; c) critério de atuação das instituições jurídicas na garantia e efetivação de direitos. Deste modo, para além daquela integralidade referente à garantia de oferta de um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, conforme as necessidades de cada caso, nos vários âmbitos de complexidade do sistema de saúde, temos uma integralidade em ação, que apresenta movimentos societários, sinérgicos – embora contraditórios e complexos – os quais exigem uma relação dialógica

permanente dos atores, de modo a influir na produção do cuidado em saúde e efetivar os direitos de forma participativa, com vistas à justiça e à igualdade concreta (ASENI; PINHEIRO, 2006).

A integralidade constitui-se, portanto, como um princípio e elemento constituinte do direito à saúde, pressupondo que atores não estatais devam participar do processo de formulação, gestão e fiscalização das políticas de saúde, em parceria com as instituições dinâmicas presentes no mundo jurídico (ASENI, 2007).

A unicidade de cada ser envolvido no processo de cuidar define o papel do agir em saúde. A atitude de cada um dos seres e a aproximação entre eles habilita o ser que vivencia uma fragilidade a considerar-se parte do processo terapêutico.

No contexto atual, o cuidado hoje, mais do que no passado, tem sido qualificado pela incorporação/utilização de novas tecnologias, abrindo novos horizontes e novas perspectivas para a melhoria da qualidade do trabalho/assistência e de vida dos sujeitos que cuidam e daqueles que são cuidados. No entanto, para melhor compreensão da evolução da enfermagem, apresentamos breve histórico social da enfermagem.

A enfermagem é uma profissão que, quando dividida em fases, engloba períodos como o pré-profissional ou religioso e o período obscuro da enfermagem, que antecedem a criação da enfermagem profissional moderna (WALDOW; LOPES; MEYER, 1995).

No modelo religioso assistencial a assistência era prestada por pessoas ligadas à igreja e predominava os ideais de fraternidade, serviço, caridade e autosacrifício pregados pelo cristianismo. Assistir o doente em uma relação direta agente/paciente e constituiu uma prática independente da prática médica, que tinha como objetivo maior o bem-estar espiritual e a salvação da alma do enfermo. O saber era expressado por procedimentos simples e caseiros relacionados à higiene, cuidados com feridas, preparo de chás e alimentos, lavagem de roupas e cuidados com o ambiente. Coincidiam com os cuidados domésticos dispensados pela mulher nas famílias às crianças e seus doentes (WALDOW; LOPES; MEYER, 1995).

O período obscuro da enfermagem coincidiu com a instalação do capitalismo, o Renascimento e a Reforma Protestante. Chamado de período obscuro da enfermagem em função das agentes, ou seja, mulheres socialmente marginalizadas que assumem a

prestação do cuidado. O cuidado, exercido por leigas, aliado às péssimas condições de trabalho vigentes nos hospitais da época, contribuiu para a desvalorização que envolve a prática e o contingente humano envolvido (WALDOW; LOPES; MEYER, 1995).

A enfermagem profissional moderna surgiu com Florence Nightningale. Nessa fase, deu-se o encontro das práticas médicas e de enfermagem no mesmo espaço geográfico, que é o hospital; e no mesmo espaço social que o do doente. Tornou-se necessário o treinamento de pessoas para prestar assistência de enfermagem e, ao mesmo tempo, disciplinar o enfermeiro, no intuito de minimizar efeitos negativos no ambiente hospitalar. Nesse sentido, a institucionalização da enfermagem significou disciplinar o pessoal que trabalha no ambiente hospitalar e no ambiente do doente. Florence Nightningale fundou escola, preconizou um mínimo de condições educacionais e máximo de elevação moral. Implantou o sistema de internato no ensino de enfermagem com o objetivo de preservar e desenvolver a elevação moral. Formaram dois tipos de profissionais, as Nurses, que recebiam formação gratuita, moravam no hospital e executavam cuidados diretos aos pacientes; e as *Ladies-nurses*, de classe social mais abastada, que podiam pagar seus estudos, moravam nas escolas e realizavam a supervisão e o ensino. Assim, legitimamos a hierarquia e a disciplina no trabalho de enfermagem, tornando evidentes as relações de subordinação e dominação no gênero e nas relações de classe. Nessa fase, o saber da enfermagem, além dos da fase anterior, expressaram-se pela execução das ordens médicas, assim, o modelo disciplinar e vocacional desempenhou as funções de legitimar o poder através da hierarquia e a valorização do trabalho de enfermagem através do discurso da arte (WALDOW; LOPES; MEYER, 1995).

A enfermagem funcional caracterizou-se pela transição do capitalismo liberal para o monopolista e pelo grande desenvolvimento industrial. O número de escolas multiplicou-se e a formação do enfermeiro consistia no ensino de procedimentos, sem a explanação dos princípios científicos, já que o interesse era tornar as estudantes rápidas e eficientes no atendimento ao doente com respeitabilidade, obediência, delicadeza, submissão e destreza no trabalho pesado. Houve aumento no número de hospitais, de internamentos, na demanda pelos cuidados de enfermagem; o que resultou no emprego de pessoal sem qualificação, que necessitava de instruções passo a passo para realização dos procedimentos. Dessa forma, começam a se desenvolver as técnicas de enfermagem e a rigidez da sua execução vinculada ao controle da força de trabalho realizado pelos enfermeiros nos hospitais. O foco dessa fase é o desempenho das tarefas e dos procedimentos, e não o doente. As tarefas eram designadas conforme a

complexidade e o nível de competência pessoal. A divisão social do trabalho nessa fase foi aperfeiçoada, e se assentou nos princípios da racionalidade científica do serviço, com maior eficiência e menor custo. O saber se expressa nas técnicas de enfermagem, mais como princípio de organização do que como conhecimento (WALDOW; LOPES; MEYER, 1995).

A fase compreendida entre os anos 40 e 60 caracterizou-se pela preocupação em organizar os princípios científicos que norteiam a prática de enfermagem e pela ênfase dada ao trabalho em equipe. Com os princípios científicos buscamos fundamentação para as técnicas de enfermagem com base nas ciências naturais e sociais. Ao juntar as duas, buscamos concretizar a dimensão intelectual do trabalho de enfermagem. Os princípios científicos eram transmitidos somente aos enfermeiros para o controle da prestação do cuidado; como consequência surgiu a dicotomia entre gerência e execução. Já as técnicas constituíam um saber necessário ao desempenho eficiente de todas as categorias que desempenham o cuidado. O trabalho em equipe ganhou força como discurso da organização do trabalho; tem o homem como foco, valorizando-o não só como corpo biológico, mas como um ser biopsicossocial. Ver o homem com um ser biopsicossocial foi uma atitude que implicou mudança de foco para a enfermagem, deixando de ser o trabalho centrado em tarefas para ser centrado no paciente (WALDOW; LOPES; MEYER, 1995).

Do final dos anos 60 até os dias atuais, temos a construção das teorias de enfermagem iniciado pelos enfermeiros norte-americanos. Temos como propulsor o fato de que o saber expresso pelos princípios científicos é dependente de outras áreas como medicina, psicologia, sociologia e não possui natureza específica. A busca de autonomia da profissão está expressa na construção de instrumentos teóricos de trabalho que permitam a apropriação do objeto de trabalho e que lhe confirmem uma dimensão intelectual, com a construção de um corpo de conhecimentos específicos pretende-se dar à enfermagem status de ciência. Porém, as teorias de enfermagem não proporcionaram a superação da indefinição do que seja a enfermagem e não apresentam um objeto de trabalho claramente definido. Expressam um saber de enfermagem ainda limitado; não levam em consideração as contradições do processo de trabalho da enfermagem; não aclaram as relações de poder da prática; não questionam as relações sociais que permeiam o fazer da enfermagem (WALDOW; LOPES; MEYER, 1995).

Percebemos que, ao longo do tempo, a enfermagem surgiu do desenvolvimento e evolução das práticas de saúde no decorrer dos diversos períodos históricos.

Atualmente, temos a necessidade de cuidar vendo os usuários holisticamente, que possuem uma patologia, uma alteração estrutural ou funcional, contextualizado com a família e sua história de vida, cultura, crenças e valores que influenciam nas experiências de saúde e doença. A enfermagem lida com pessoas que apresentam comportamentos peculiares construídos a partir de valores, princípios, padrões culturais e experiências que não podem ser considerados como elementos separados da sua construção. Nesse sentido, as práticas exercidas pelo enfermeiro deve levar em consideração a experiência do ser que vivencia o internamento, pois eles são dotados de compreensão e experiências próprias.

Para a melhor compreensão da trajetória da nossa profissão, faz-se necessário a formação da consciência crítica, para atuarmos como observadores atentos dos sinais de nossa história, como pessoas e profissionais que se empenham em formar uma opinião esclarecida, como participantes da história e contribuintes para a compreensão do que ocorreu e do que está por vir.

## 2.2 O ENFERMEIRO COMO PROTAGONISTA NA PRODUÇÃO DO CUIDADO A MULHERES HOSPITALIZADAS

O enfermeiro atua em diversas áreas que vão da assistência à gerência, da atenção básica à especializada. Nesse sentido, necessita de definições que aparentemente inexistem.

A função peculiar da enfermagem é prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, no desempenho de atividades para promover, manter ou recuperar a saúde. Mas, até mesmo definir conceitualmente o que é a enfermagem, não tendo por fundamentação teórica as práticas consideradas socialmente, é limitante, pois não traz a sua historicidade, perdendo-se a noção de movimento do real (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

A enfermagem é uma ação, ou uma atividade realizada predominantemente por mulheres, que precisam dela para reproduzir a sua própria existência e utilizam de um saber advindo de outras ciências e de uma síntese produzida por ela própria para apreender o objeto da saúde naquilo que diz respeito ao seu campo específico (cuidado de enfermagem) visualizando o produto final: atender às necessidades sociais, ou seja, promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação do indivíduo, ou controle da saúde da população (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Como a enfermagem é uma parcela do trabalho em saúde, ela também vai estar presente na produção de serviços de saúde em nível coletivo. Será também um instrumento de

trabalho, mas agora não mais do trabalho médico, e sim um dos instrumentos da saúde coletiva. Todos os saberes e práticas em saúde coletiva subordinam-se às necessidades sociais da saúde da população. A enfermagem que trabalha nas instituições que visam à saúde coletiva tem sido denominada “enfermagem de saúde pública”, e esta terminologia sofre variações em consonância com as propostas históricas do setor saúde (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Uma das principais e mais comuns situações vivenciadas por enfermeiros é o cuidado prestado ao cliente submetido à internação hospitalar. Embora possa ser o cotidiano de milhares de enfermeiros, a experiência da internação hospitalar cria situações únicas de estresse não só para os clientes, mas também para suas famílias. Vários pesquisadores têm documentado a repercussão dos níveis de estresse, ansiedade e angústia na evolução e prognóstico de um cliente, bem como no âmbito familiar (WRIGHT; LEAHEY, 2002; OUIMETTE et al., 2004; DOYLE et al., 2004; AHLBERG et al., 2004).

Nessa realidade o enfermeiro deve buscar conhecimentos e processo instrucional para encontrar uma maneira de ação que torne o cuidado de enfermagem mais humano. Os novos horizontes da enfermagem exigem do profissional responsabilidade de elaboração de um cuidado holístico, devendo estar motivado para acompanhar os conhecimentos e para aplicá-los (TIMBY, 2001).

As tecnologias relacionais podem subsidiar mudanças nas práticas de saúde do enfermeiro, abrir novos campos para sua atuação, podendo tornar ainda mais visível o papel deste profissional no preparo das mulheres e familiares nos diferentes níveis de atenção. Assim, situando-se no contexto da saúde da mulher, o enfermeiro tem campo de atuação na promoção da saúde da mulher, compondo a rede de apoio junto com os familiares, e no fortalecimento de suas capacidades para que resgate o seu papel na condução das diversas fases que vivencia; sendo essas patológicas ou fisiológicas, como gravidez e parto; e assuma o protagonismo do processo de nascimento.

### 2.3 DIMENSÃO DA CLÍNICA COMO DISPOSITIVO ORIENTADOR DO CUIDADO DE SAÚDE

A clínica, concebida como um dispositivo para a prática médica intervir na doença, limita-se a preceder condições ou a buscar conhecimento, tradição em uma anamnese

unilateral, onde a patologia orgânica tem sua resolução a partir de um diagnóstico e pela prática hegemônica.

Por outro lado, a clínica inserida na dimensão da integralidade do cuidado torna-se dispositivo para a resolubilidade da atenção à saúde.

A clínica ampliada, para Campos (2007), surgiu como conceito a partir de concepções sugeridas para a reorganização da clínica e da gestão em hospitais, denominada de concepções Paidéia. É uma concepção epistemológica e organizacional baseada na reconstrução do trabalho clínico, objetivando facilitar a construção explícita de responsabilidade macro e micro sanitária, que estimula a realização de uma clínica singular.

Sabemos que essa iniciativa partiu do desejo de transformação da clínica tradicional, a partir de contribuições teóricas. O saber biomédico, modelo assistencial atual, trabalha com generalizações que estão condenadas a serem parciais nas situações singulares. Sabemos do valor desse modelo, as críticas a ele não significam abrir mão de seus recursos, mas achá-lo danoso quando utilizado de forma excludente (CUNHA, 2005).

Para Campos (2007), há uma degradação do trabalho clínico com inserção vertical de profissionais, redução do número de profissionais, não responsabilização pelo paciente por toda a equipe no período do processo terapêutico. Essas características denotam a fragmentação do modelo vigente com visualização evidente de problemas políticos, sociais e culturais desse modelo assistencial.

Nesse sentido, Campos (2007) propõe uma ampliação do objeto de trabalho da clínica, isto é, naquilo sobre o que aquela prática se responsabiliza. Ela agrega os problemas de saúde e as doenças já que elas estão enraizadas nas pessoas, sem que possam ser desvinculados. Além desses aspectos, propicia a produção da saúde por diversos meios como os preventivos, curativos, de reabilitação ou de cuidados paliativos.

Na clínica ampliada, a mesma mulher ora vai sofrer uma intervenção exclusivamente relativa ao plano biológico, ora vai sofrer uma intervenção que tem a intenção de disparar produções a abrir caminhos terapêuticos com aprendizado mútuo, cabendo ao profissional perceber-se e perceber o outro. Devido ao maior número de recursos terapêuticos e o envolvimento do sujeito nesse processo, há pluralidade de verdades, em vez de uma única

verdade. Para a clínica ampliada, o que era limite passa a ser possibilidade prática de intervenção (CUNHA, 2005).

A alteração da clínica exige mudanças nos meios de intervenção. Os profissionais deverão analisar os problemas de saúde dos sujeitos num contexto específico, agregando elementos da história de vida da cada paciente, identificando os fatores de risco e de proteção. A terapêutica proposta deve valorizar a escuta, a palavra e o apoio psicossocial. Esse modo de atuação leva à construção de autonomia e de autocuidado. A postura profissional é alterada radicalmente, não deixando o paciente inerte, acatando tudo que lhe é imposto. Nesse processo deve haver uma corresponsabilização do processo terapêutico entre profissional e usuário. A corresponsabilização leva à motivação e satisfação no trabalho, devido à visualização da eficácia e eficiência do trabalho (CAMPOS, 2007).

Há alguns elementos da política de saúde que são favoráveis e estimulam essa abertura de forma cultural, como o humaniza SUS. Como também a consideração de fatores subjetivos e sociais da prática clínica (CAMPOS, 2007).

Cunha (2005) sugere diretrizes simplificadas para motivar a reflexão dos profissionais sobre a prática clínica ao sugerir que os profissionais devem negociar restrições, trabalhar com ofertas e não apenas com restrições, especificar ofertas para cada sujeito, evitar começar consultas com aferições, valorizar a qualidade de vida, perguntar o que o paciente entendeu do que foi dito sobre sua doença e medicação, evitar dizer sempre e nunca, evitar assustar o paciente, equilibrar combate à doença com produção de vida, atuar nos eventos mórbidos com o máximo de apoio. É preciso saber que parte da cura depende de o paciente aprender a lidar com situações agressivas de forma menos danosa.

A clínica ampliada é uma das ferramentas em que os trabalhadores e gestores de saúde podem enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. Este desafio de lidar com os usuários enquanto sujeitos, buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico, é tanto mais importante quanto mais longo for o seguimento do tratamento e maior for a necessidade de participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico (BRASIL, 2007a).

É importante ressaltar que as atividades de assistência têm ações integradas e articuladas com o setor político, com as instituições e com os usuários.

Nesta mesma direção, temos a humanização que, segundo o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Humaniza SUS), foi instituída em 2003; formulada a partir da sistematização de experiências do chamado "SUS que dá certo". Ela reconhece que estados, municípios e serviços de saúde estão implantando práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados, o que contribui para a legitimação do SUS como política pública (BRASIL, 1988).

O Humaniza SUS tem o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos (BRASIL, 2003).

O SUS humanizado, comprometido com a defesa da vida e fortalecido, é um processo de pactuação democrática e coletiva. Nesta perspectiva, a humanização do SUS deve ser assim entendida.

[...] Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos; Aumento do grau de coresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde; Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual; e Mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho; Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo; e compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento; compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde; e Luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um (BRASIL, 2003, p. 13).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS tem como princípios a inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde e está relacionada às práticas interdependentes e complementares. A incorporação da humanização deve ocorrer considerando-se tal entendimento; a transversalidade é o segundo princípio e trata de concepções e práticas que atravessam as diferentes ações e instâncias, que aumentam o grau de abertura da comunicação intra e intergrupos e amplia as grupalidades, o que se reflete em mudanças nas práticas de saúde; a autonomia e protagonismo dos sujeitos, como

princípios do Humaniza SUS têm relação com a coresponsabilidade entre gestores, usuários e a participação coletiva nos processos e na gestão (BRASIL, 2003).

Na tentativa de implementação do Humaniza SUS algumas diretrizes devem ser relevantes, como as seguintes: ampliar o diálogo entre os trabalhadores, entre trabalhadores e a população, e entre os trabalhadores e a administração; promovendo a gestão participativa, colegiada e compartilhada dos cuidados/atenção; implantar, estimular e fortalecer grupos de trabalho e câmaras técnicas de humanização com plano de trabalho definido; estimular práticas de atenção compartilhadas e resolutivas, racionalizar e adequar o uso dos recursos e insumos, em especial o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias; reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e coresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde; sensibilizar as equipes de saúde ao problema da violência em todos os seus âmbitos de manifestação, especialmente a violência intrafamiliar (criança, mulher, idoso), a violência realizada por agentes do estado (populações pobres e marginalizadas), a violência urbana e para a questão dos preconceitos (racial, religioso, sexual, de origem e outros) nos processos de recepção/acolhida e encaminhamentos; adequar os serviços ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável; viabilizar participação ativa dos trabalhadores nas unidades de saúde por meio de colegiados gestores e processos interativos de planejamento e de tomada de decisão; implementar sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam o desenvolvimento, a autonomia e o protagonismo das equipes e da população, ampliando o compromisso social e a coresponsabilização de todos os envolvidos no processo de produção da saúde; promover ações de incentivo e valorização da jornada de trabalho integral no SUS, do trabalho em equipe e da participação do trabalhador em processos de educação permanente em saúde que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS; promover atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho (BRASIL, 2003).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS tem os objetivos de contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização; fortalecer iniciativas de humanização existentes; desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção; aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos

de atenção e de gestão; implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas (BRASIL, 2003).

Na tentativa de pôr as estratégias citadas acima em prática, o Humaniza SUS trabalha com três macro-objetivos: ampliar as ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários; incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil; divulgar a Política Nacional de Humanização e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições (BRASIL, 2003).

Na prática, os resultados desejados a partir da implementação do Humaniza SUS são a redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso; atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo; garantia dos direitos dos usuários; valorização do trabalho na saúde; gestão participativa nos serviços (BRASIL, 2003).

Para alcançar os objetivos planejados, o Humaniza SUS oferta diversos dispositivos, entendidos como tecnologias ou modos de implementar a humanização; e caracterizam por acolhimento com classificação de risco nas unidades de saúde; equipe de referência e apoio matricial; projeto terapêutico singular, projeto de saúde coletiva e ativação/constituição de redes de continuidade de atenção; construção coletiva da ambiência; gestão compartilhada: colegiados, contratos de gestão inter e intrainstitucionais; sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de porta aberta, ouvidorias, grupos focais e pesquisa de satisfação; projeto de acolhimento do familiar/cuidador: agenda com a equipe de referência, visita aberta, direito de acompanhante e envolvimento no projeto terapêutico; programa de formação em saúde e trabalho e atividades de qualidade de vida e atenção à saúde para os trabalhadores da saúde; grupo de trabalho em humanização (GTH) (BRASIL, 2003).

### **3 CAMINHOS DA PESQUISA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Estudo do tipo descritivo com enfoque de análise qualitativa. O estudo descritivo tem a finalidade de observar, descrever e documentar os aspectos da situação (BECK; HUNGLER; POLIT, 2004).

O estudo qualitativo é mais utilizado pelas ciências sociais e permite desvelar processos sociais ainda poucos conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Sistematiza progressivamente o conhecimento, levando a uma lógica do processo em estudo. É capaz de incorporar a questão do significado e intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas tomadas, tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2008).

#### **3.2 CAMPO EMPÍRICO DA PESQUISA**

A pesquisa foi desenvolvida em uma Maternidade Escola de Fortaleza, pertencente a uma instituição federal de referência no estado do Ceará, caracterizada por ser de nível terciário, e subordinada, administrativamente, à Secretaria Executiva Regional III (SER III) do município de Fortaleza. Localizada próximo à Faculdade de Farmácia, Enfermagem, Odontologia e Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (FFOE) (figura 1), esta instituição destaca-se como referência pelos serviços que presta à comunidade feminina.



Figura 1 – Localização geográfica da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2010.

Fonte: MEAC (2009)

Desde sua inauguração, em 15/01/1965, a Maternidade atende as mulheres carentes (122 leitos de funcionamento gratuito) dentro de um elevado nível de conforto e moderna técnica. Decidida a sua transferência para a Universidade Federal do Ceará, a Faculdade de Medicina e a FFOE fazem funcionar ali disciplinas de: obstetrícia, ginecologia, puericultura, pediatria e estágios. Estas duas últimas têm campo bastante grande, pois, anexa à Maternidade, já está instalada uma Unidade de Pediatria, com capacidade para 48 leitos e com apoio de todos os serviços gerais e das magníficas instalações do hospital, inclusive televisão em circuito fechado. A área total do edifício é de 6.733,65 metros quadrados, distribuídos em quatro pavimentos. Cerca de 8.000 partos anuais poderão ser atendidos na Maternidade à época.

Com o funcionamento oficial da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand foi assinado convênio entre a Universidade e a entidade mantenedora da Maternidade, através do qual foram assegurados os recursos necessários ao seu funcionamento imediato. A área física construída é de 10.762,63m<sup>2</sup>, distribuídos em quatro pavimentos. Em 2008 existiam 33 consultórios; 06 salas de cirurgia; 01 sala de recuperação com 04 leitos; 05 leitos de observação na emergência; 11 leitos no centro obstétrico; 220 leitos de enfermaria, tendo no posto do 1º andar 89 e no posto do 2º andar 75; neonatologia, com 51 leitos; e UTI materna com 05 leitos.

O número de funcionários é de 892, sendo que o número de médicos é 165; o número de enfermeiros, 91; o número de auxiliares e técnicos de enfermagem é 150; e o número de funcionários técnicos administrativos 228. Outros funcionários de nível superior que fazem parte do quadro da instituição são: administrador; advogado; analista de tecnologia da informação; assistente social; chefe de pessoal; contador; engenheiro mecânico; farmacêutico; fisioterapeuta; nutricionista; psicólogo; secretária; socióloga; terapeuta ocupacional; residentes; docentes.

No ano de 2008 houve 2947 partos normais e 2466 partos cesárea, perfazendo um total de 5413 partos. As modalidades cirúrgicas que ocorreram foram: Biópsia incisional de mama (11); Ciclagem do colo uterino (20); Cesárea com laqueadura tubária (272); Cesárea – exclusiva para hospitais amigos da criança (2.194); Cistopexia – colpoperineoplastia anterior e posterior (17); Correção cirúrgica de incontinência urinária (17); Curetagem – Deslocamento manual da placenta (218); Curetagem pós-aborto (21); Curetagem semiótica com ou sem dilatação de colo (75); Curetagem uterina por mola hidatiforme (51); Drenagem e hematoma ou abscesso (15); Episiotomia (12); Histerectomia total (220); Histerectomia vaginal (27); Laparotomia exploradora (179); Laqueadura tubária (48); Limpeza cirúrgica (40); Marsupialização de glândula de Bartholin (11); Mastectomia simples (69); Miomectomia (17); Nódulo de mama (220); Parto a fórceps (16); Videolaparoscopia (45); outras cirurgias (194). Perfazendo um total de 4.009 cirurgias.

Vale ainda ressaltar que o total de recém-nascidos vivos foi de 5.432. Teve mortalidade neonatal (22,80%); natimortalidade (30,16%); mortalidade precoce (16,63%); mortalidade tardia (6,74%). O total de óbitos em 2008 teve a seguinte distribuição: óbitos neonatais (123), óbitos natimortos (163), óbitos de pacientes adultas (25); com total de 311 óbitos.

Associado a problemas ginecológicos e ou obstétricos o Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE) notificou as seguintes patologias nas pacientes da instituição no ano de 2008: dengue (05); hepatite B (03); gestante HIV (+ 55); sífilis congênita (145); sífilis gestante (20).

A Maternidade Escola, juntamente com o Hospital Universitário Walter Cantídio a Faculdade de Medicina e a Faculdade de Enfermagem, Farmácia e Odontologia, compõe o Campus do Porangabussu, da Universidade Federal do Ceará. A instituição que foi campo

empírico da presente investigação tem como missão “Promover a formação de recursos humanos, em ações de aprendizado, ensino, pesquisa e extensão, buscando a excelência no atendimento global e humanizado à saúde da mulher e do recém-nascido” (MEAC, 2009).

A escolha pelo local se deveu ao fato desta Maternidade ser serviço de referência para o município de Fortaleza e estado do Ceará, como também por ser campo de atividades de ensino, pesquisa e extensão da Universidade Federal do Ceará.

### 3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os sujeitos do estudo foram enfermeiros que se encontravam desenvolvendo o cuidado de enfermagem às mulheres em unidades de internação na instituição hospitalar pesquisada e familiares que acompanhavam as mulheres no momento da internação hospitalar.

Os enfermeiros assistenciais de unidades de internamento da MEAC, que participaram do estudo tinham como característica vivenciar a prática hospitalar no mínimo há 03 anos; ter experiência de trabalho na área de saúde da mulher há pelo menos 05 anos. Excluímos os enfermeiros de unidades fechadas como Unidades de Terapia Intensiva, Sala de Recuperação, Centro de Parto Humanizado e Emergência na instituição, pois julgamos ter essas unidades especificidades próprias voltadas para um tipo de cuidar que não se adéqua aos do objetivo desse estudo.

Vale ressaltar que os enfermeiros que desenvolvem suas atividades em unidade de internamento trabalham em turno de 06 horas durante a semana, e em turno de 12 horas nos finais de semana, feriados e nos serviços noturnos. O número total de enfermeiros da instituição atualmente constitui-se de 95, em que 15 eram das unidades de internação. A pesquisa foi realizada com 13 enfermeiras, todas do sexo feminino, com exclusão de duas enfermeiras por estas não condizerem com as características supracitadas.

Os acompanhantes (familiares) tinham como característica ser um grupo homogêneo, isto é, foram compostos por familiares que estavam no hospital há pelo menos um dia.

O termo família aqui adotado é o de “unidade sistemática ou categoria taxonômica constituída pela reunião de gêneros afins; grupo de pessoas com mesmos

interesses” (FERREIRA, 2008, p. 755). Assim temos que o conceito de família referido nesse estudo é baseado em rede social, família extensa e afins.

Os acompanhantes(familiares) que aceitaram participar do estudo foram 13. Encontravam-se acompanhando as mulheres no período da internação; a participação delas ocorreu de forma grupal pela técnica de grupo focal.

O processo de busca de resultados se deu por saturação, isto é, quando as experiências iam se repetindo a partir das questões levantadas, possibilitando o aprofundamento e compreensão do fenômeno estudado.

### 3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de maio a agosto de 2010, em dois momentos subsequentes, utilizamos a entrevista semiestruturada e a observação sistemática das práticas de cuidado para o primeiro momento e grupo focal para o segundo.

O primeiro momento ocorreu ao serem investigadas as 13 enfermeiras que atuavam em unidades de internação, por meio da entrevista semiestruturada e observação sistemática. O objetivo neste momento foi compreender o processo de produção do cuidado do enfermeiro com as mulheres hospitalizadas em unidade de internação em uma Maternidade Escola.

Inicialmente, realizamos a observação sistemática a partir da aproximação no campo. Esta técnica é uma maneira de compreender a realidade de forma complementar à análise obtida a partir da entrevista, pois permite captar uma realidade empírica em suas diferentes dimensões, tais como atos, significados e relações (TRIVIÑOS, 1992).

Realizamos 14 sessões de observação, cada uma com média de 20 minutos, totalizando 5 horas e 15 minutos de observação sistematizada, nos turnos da manhã, tarde e noite. Os dados da observação sistemática foram registrados em diário de campo e abrangeram as práticas de cuidado dos enfermeiros. A observação sistemática seguiu um roteiro ao escrevê-los no diário de campo (APÊNDICE A). A seguir, apresento um exemplo de como se fazia o registro das observações, denominadas de **notas de observação**.

“O plantão foi passado pelo livro de ocorrência. A enfermeira leu o nome das pacientes, porém falou com riqueza de detalhes sobre o estado das pacientes e esses detalhes não estavam na ocorrência. Demonstrou que havia estado com as pacientes”. (27/05/2010, das 12h55 às 13h30).

Após inserção no campo e conhecimento do grupo de enfermeiros do serviço quanto à pesquisa, em que os dados da observação subsidiavam os questionamentos acerca do processo de cuidado do enfermeiro junto às mulheres ali internadas, partimos para a realização das entrevistas.

A entrevista pode ser considerada uma conversa que se caracteriza por sua forma de organização, no caso da entrevista semiestruturada, que combina perguntas abertas e fechadas, o entrevistado pode discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. Consideramos importante a elaboração de um roteiro que “deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas.” (MINAYO, 2008).

Assim, nesse estudo, a entrevista abrangeu um roteiro de perguntas, a saber, (APÊNDICE B). Estas foram previamente agendadas segundo a disponibilidade dos enfermeiros. As entrevistas foram gravadas na íntegra, com utilização de um gravador digital portátil, com autorização prévia das entrevistadas. Após, a gravação foi transcrita na íntegra.

O segundo momento ocorreu com realização do grupo focal, foi realizado no mês de agosto com duas sessões. A primeira sessão teve sete acompanhantes (familiares) e a segunda tinha seis. Foram feitos esclarecimentos e orientações com acompanhante (familiares) de mulheres internadas em unidades de internação, com o objetivo de discutir a interação entre o enfermeiro e a família no ato de cuidar.

Segundo Morgan e Krueger (1993) a pesquisa com grupo focal tem por objetivo captar, a partir de trocas realizadas no grupo; conceitos, sentimentos, atitudes, crenças, experiências e reações, de um modo que não seria possível em outros métodos como a observação, a entrevista.

O trabalho com grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais; compreender práticas cotidianas, ações e

reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes. Ajuda na obtenção de perspectivas diferentes sobre a mesma questão, permite também a compreensão de ideias partilhadas por pessoas no dia-a-dia e dos modos pelos quais os indivíduos são influenciados pelos outros (GATTI, 2005).

Os grupos tiveram 13 pessoas, com duração média de duas horas. Os temas abordados foram: atendimento recebido; relacionamento do enfermeiro com acompanhante ou familiar; visão do acompanhante sobre o serviço.

Quando as informações são consideradas suficientes com um grupo, não se compõem outros grupos; caso necessite, será realizada a ampliação do grupo focal, ou seja, faremos outro(s) grupo(s) focal(is).

As interações foram registradas na íntegra, em um gravador digital portátil, com autorização prévia das acompanhantes; mesmo com as gravações, o moderador, quando achou necessário, fez anotações escritas durante a sessão. Após a gravação, o conteúdo foi transcrito na íntegra para o computador. Ao final de cada sessão, o relator e o moderador do grupo fizeram uma checagem do material; em seguida fizemos um registro mais específico de partes da sessão e escolhemos os momentos em função dos objetivos visados.

Foi função do moderador do grupo: introduzir o assunto; evitar que os participantes não fujam do tema; propor um tópico mais específico; iniciar o aprofundamento da discussão a partir de um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE C, D) como forma de orientar e estimular a discussão no grupo focal.

Após a coleta dos dados, o material foi analisado, permanecendo sob responsabilidade da pesquisadora, sempre preservando o anonimato dos sujeitos.

### 3.5 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

Os dados do material empírico foram analisados com base na análise temática de Minayo (2008), que recomenda a análise horizontal e vertical dos dados obtidos pelos instrumentos de investigação. A discussão analítica foi respaldada na literatura pertinente acerca da produção do cuidado em saúde e enfermagem, das tecnologias do cuidado e dispositivos para a integralidade do cuidado, que se estabelecem por meio das relações:

acolhimento, vínculo, autonomia, responsabilização e resolubilidade como integrantes no processo de cuidar.

Os passos da análise contemplaram as etapas:

- **Ordenação dos dados**

Como primeiro contato, realizamos a transcrição fiel dos dados gravados no gravador digital portátil e passado para o computador em seguida, fizemos uma leitura dos mesmos após cada entrevista e sessão de grupo focal. Outro passo foi uma releitura do material geral do conjunto das entrevistas gravadas com os enfermeiros, como também do material do diário de campo a partir das atividades das mesmas. O passo que se segue, foi organizado a partir dos relatos das entrevistas e da observação sistemática segundo a ordem estabelecida nos instrumentos de coleta de dados com o objetivo de estabelecer um mapeamento horizontal do material coletado no campo do estudo, organizando-o em diferentes conjuntos (APÊNDICES C e D).

Para melhor esclarecimento, passaremos a demonstrar a forma como procedia no registro das entrevistas e ordenação dos dados.

Trechos da entrevista	Códigos
<p><b>Pesquisadora:</b> O que é cuidado para você?</p> <p><b>Enfermeira:</b> <i>“Eu acho que é difícil você definir o cuidado com uma palavra só, mas eu acho que cuidado é dedicação, é você estar presente naquele junto, aquela paciente, você está verdadeiramente com aquele outro ser humano precisando da sua ajuda, é ouvir atentamente aquela paciente, é o olhar, é o toque, é essa interação. O cuidado eu acho que envolve um pouco de tudo isso, né?”</i> [E09] (17/06/2010).</p>	<p>Cuidado</p>

Quadro 1 – Trechos da entrevista

Como os sujeitos da pesquisa foram formados pelo grupo de enfermeiros, não houve divisões em subgrupos.

- **Classificação dos dados**

A partir da leitura horizontal e exaustiva de cada entrevista e do material do diário de campo, foram apreendidas as estruturas de relevância colocadas pelos enfermeiros, como

também as ideias centrais e os momentos-chave sobre o tema abordado como sendo a primeira impressão da pesquisadora para buscar a coerência interna das informações. Essa forma de trabalho possibilitou a construção de categorias, e buscar as interrelações e interconexões entre elas.

Em seguida, fizemos uma leitura transversal de cada subconjunto que emergiu e do conjunto em sua totalidade. Realizamos um recorte de cada documento em unidade de sentido por tema. Buscamos fazer articulação dos temas relacionados com o objeto, para reagrupar o que emergiu em categorias de estudo.

Mostramos a seguir a reunião de dados codificados, formando uma categoria.

<b>Categoria:</b> Organização do processo de trabalho
<b>Códigos:</b> Prática do cuidado e estratégias na enfermagem

Quadro 2 – Formação de categorias

Cada categoria foi recebendo um nome que representava os conceitos agrupados.

O próximo passo foi o agrupamento de tudo em um número menor de unidades de sentido, buscando compreender e interpretar o que foi exposto como mais relevante e representativo. Assim, foi realizado um entrecruzamento entre os dados, buscando, mediante as convergências, divergências e lacunas as ações dos enfermeiros no processo de cuidar (MINAYO, 2008).

A partir de sucessivas reflexões, refinamos a classificação dos dados em torno de três categorias centrais unidas numa lógica unificada. As categorias que emergiram foram assim denominadas: organização do processo de trabalho; necessidades de saúde das mulheres; cuidado às mulheres.

Para análise do contexto, exige-se um movimento contínuo entre os dados empíricos e o referencial teórico eleito pelo pesquisador. Atentamos para realizar uma fusão entre o dito e o realizado pelos sujeitos investigados no seu cotidiano no contexto prático que envolve o desenvolvimento do cuidado nas suas condições sociais e econômicas. Neste dado momento, a discussão foi desenvolvida sob a ótica **da Produção do cuidado do enfermeiro** e o **Processo de cuidado na visão do usuário**, denominados temas a serem apresentados e discutidos.

### 3.6 QUESTÕES ÉTICAS E PROCEDIMENTOS

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEPE) da MEAC-CE, e obteve aprovação no parecer para a realização da mesma sob o protocolo de numero 046/10 (ANEXO 1).

Foram adotados os procedimentos que regem a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que trata da ética nas pesquisas envolvendo seres humanos: assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Consentimento Pós-esclarecido (APÊNDICES E e F) dos enfermeiros e acompanhantes; resguardo da identidade dos informantes e a confidencialidade das informações com possibilidade do informante interromper sua participação na pesquisa e a responsabilidade do pesquisador em revelar as informações contidas no estudo (BRASIL, 1996).

Vale ressaltar que os depoimentos dos investigados tiveram a preservação do anonimato. Assim, os sujeitos da pesquisa foram denominados por um algarismo arábico que representa a sequência de aplicação do instrumento de coleta de dados. Para os enfermeiros, denominamos de E1, E2, ... E15 (foram excluídas E7 e E10) e para os acompanhantes que participaram do grupo focal, denominamos de A1, A2 ... A13.

Em síntese, a coleta dos dados manteve os princípios éticos que nortearam toda a pesquisa, guardando anonimato e sigilo quanto à autoria das respostas dos envolvidos, observado e gravado.

## 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo constitui-se de dois temas, são eles: Produção do cuidado do enfermeiro e Processo de cuidado na visão do acompanhante e sua interlocução com o usuário. Cada tema deu origem a categorias temáticas e subcategorias conforme o Quadro 3 abaixo. Os dados que emergiram foram interpretados, buscando-se os significados e sentidos do contexto da investigação.

<b>TEMAS, CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS</b>
<p><b>TEMA 1: PRODUÇÃO DO CUIDADO DA ENFERMEIRA</b>  <b>CATEGORIA 1 – Organização do processo de trabalho do enfermeiro</b>  <b>Subcategoria 1</b>  Prática do cuidado e estratégias na enfermagem  <b>CATEGORIA 2 – Necessidades de saúde das mulheres na visão do enfermeiro</b>  <b>Subcategorias 2</b>  Acolhimento e vínculo  equidade  (Des) conhecimento das mulheres sobre o adoecimento na visão do enfermeiro  <b>CATEGORIA 3 - O cuidado as mulheres</b>  <b>Subcategorias 3</b>  Percepção da subjetividade das mulheres na visão do enfermeiro  concepção de cuidado  como se sente cuidando  dificuldades enfrentadas</p>
<p><b>TEMA 2: PROCESSO DE CUIDADO NA VISÃO DO ACOMPANHANTE E SUA INTERLOCUÇÃO COM O USUÁRIO</b>  <b>CATEGORIA 1 – Visão do acompanhante sobre a assistência prestada ao usuário que ele acompanha</b>  <b>CATEGORIA 2 – Percepção do acompanhante sobre a relação com a enfermeira</b>  <b>CATEGORIA 3 – Avaliação sobre a instituição na visão do acompanhante</b></p>

Quadro 3 – Categorias e subcategorias temáticas dos temas emergidos

### 4.1 PRODUÇÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO

Os profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidar das mulheres, no contexto da presente investigação, constituíram-se de enfermeiros. Das relações que permeiam o desenvolvimento do cuidado que acontecem na horizontalidade, caracterizamos o cuidado como fragmentado e centrado no modelo clínico tradicional.

Na execução do ato de cuidar, muitas vezes os trabalhadores de saúde, em suas abordagens, se distinguem pela adequação imediata ao objeto de intervenção, no caso, a mulher que vivencia o internamento, e assim, essas abordagens tornam-se prevalentes entre os profissionais das unidades de internamento.

#### **4.1.1 Organização do processo de trabalho do enfermeiro**

Esta categoria surgiu da organização do processo de trabalho nas unidades de internamento, que é concebida na instituição como atividades que envolvem cuidado, ação profissional, família e elementos como pessoal, equipamentos, estrutura e ambiente hospitalar, que estão envolvidos na concepção de saúde e doença.

A realidade vivida nos ambientes laborais coloca problemas, que forçam a pensar em outros jeitos de operar. Assim sendo, o jeito de ser enfermeiro, se constitui, principalmente, no agir em situação, na imanência das situações vividas. Esse plano imanente diz, portanto, da experiência concreta dos trabalhadores no curso da atividade. Análise da experiência a partir desse plano coletivo é, portanto, sempre singular e indissociável do processo de produção do trabalhador e dos mundos do trabalho (BARROS, 2007).

##### **4.1.1.1 Prática do cuidado e estratégias na enfermagem**

Consideramos que, analisando os processos de trabalho na saúde e na enfermagem, em realidades concretas, podemos apreender as contradições e dinâmicas da prática e contribuir com estratégias de mudança da realidade (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

A prática do cuidado relatada pelos enfermeiros é iniciada a partir da passagem do plantão e visita às mulheres, no início do seu turno de trabalho, sendo esta atividade norteadora para organização do processo de trabalho. Os depoimentos de E1, E3, E5, E6, E8, E9, E11, E12, E13, E14 e E15 mostram, com unanimidade, que as atividades se iniciam nas enfermarias leito a leito, caracterizando assim a forma de trabalho dos enfermeiros, da individualidade de cada uma, com ênfase de que as queixas de cada mulher emergem e podem ser ouvidas e solucionadas da melhor maneira possível.

A seguir, as entrevistadas descrevem em que consiste a visita realizada por elas nos seus turnos de trabalho:

*[...] eu inicio minhas atividades recebendo o plantão. E tomando conhecimento de todas as pacientes que estão na minha responsabilidade [...] começo a visita em cada leito, né? Das pacientes pra conversar, pra saber como é que tá. (E9).*

*[...] pergunto como elas estão se sentido naquele momento, em virtude disso vou prestando os cuidado à medida que forem sendo vistas as necessidades. (E9).*

*[...] faço a visita a todos os leitos, vejo qual é necessidade da paciente no momento, recorro até o residente que está de plantão. (E15).*

*[...] No momento da visita a gente já vai tendo alguma noção do que pode ser feito naquele momento ou quando alguma auxiliar ou alguma acompanhante chama a gente pra atender, mas existe a visita, na visita a gente já sabe mais ou menos o que tá [...] o momento, aquele período. (E11).*

*Assim, eu penso que a minha prática ela vai começar [...] quando a gente recebe o plantão, [...] a enfermeira passa as atividades, aí você tem aquele momento de refletir o que você vai fazer primeiro, essa prática ela continua na passagem, é nas visitas, após a passagem de plantão [...]. (E3).*

A visita, nessa concepção, permite que haja uma apreensão do que se deve realizar em termos de cuidado individual as mulheres na unidade de internamento. A abordagem adotada e exercida pelos enfermeiros na relação com a paciente efetiva-se na “visita”. Visita é uma denominação dada pelos enfermeiros a uma rotina executada no cotidiano da assistência como forma de convívio com a mulher que vivencia o internamento. Ferreira (2008) afirma que visita é o “ato ou efeito de visitar, inspeção (ato de olhar, vista; exame minucioso para se conhecer qualidade ou estado), vistoria, exame (exame médico dos recrutas)”. “Visitar é ato de ir ver alguém por cortesia, dever, caridade ou curiosidade, é também inspecionar, passar revista a” (FERREIRA, 2008, p. 1783).

Ressaltamos que a visita é realizada às mulheres e não aos leitos que ocupam. Os enfermeiros referem-se “aos leitos” como se fossem “as mulheres”. Assim, de forma implícita as mulheres podem ser tratadas por números de leitos o que pode caracterizar o trabalho como não individualizado. Ao mesmo tempo em que tratam as mulheres como leitos, referem-se as suas necessidades de saúde gerando uma dicotomia no cuidado prestado. Usam rótulos e a forma de rotular despersonaliza o usuário enquanto individuo que tem direito a sua identidade

O trabalho de enfermagem nas instituições hospitalares tem uma característica peculiar, por ser um serviço ininterrupto, durante 24 horas por dia, nos sete dias da semana. Assim sendo, tem elementos internos marcados pela divisão técnica do trabalho e envolve

relações entre sujeitos (o cuidador e o cuidado) da mesma natureza, nesse sentido, envolve aspectos subjetivos algumas vezes de difícil percepção nessa relação.

A visita é caracterizada como forma de organizar o trabalho, é o que expressa o discurso:

*[...] Eu organizo de acordo com a rotina do setor por exemplo, eu faço as visita [...] às vezes, a minha visita ela é longa, quando eu tenho tempo e quando eu tenho um número pequeno de paciente, mas eu tento conhecer cada paciente [...]. (E5).*

A divisão de tarefas se apresenta nas atividades executadas pela enfermeira. Ela reconhece e atua dessa forma para operacionalizar seus afazeres a partir dos recursos disponibilizados. O tempo parece ser uma prerrogativa essencial para consolidação dessa tarefa sendo influenciado pelo número de usuários.

De acordo com Pinheiro (2001), oferta e demanda são ações que se dão no dia-a-dia dos serviços de saúde, influenciadas por questões econômicas, políticas e culturais. Permite identificar limites, possibilidades e desafios para que sejam garantidas a integralidade e a resolubilidade nos serviços de saúde.

A oferta é insuficiente para o atendimento de uma demanda que tem dificuldade de acesso aos serviços de saúde, mantendo, portanto, muitos destes usuários excluídos do sistema. Devemos trabalhar no sentido de construir uma consciência para o exercício da cidadania que permita aos usuários e profissionais o conhecimento dos aspectos que condicionam e determinam um dado estado de saúde e dos recursos existentes para que a integralidade seja percebida como um direito a ser conquistado (RODRIGUES; ASSIS, 2005).

Embora os depoimentos estejam contextualizados nos discursos anteriores, apresento ainda, algumas situações que complementam o apresentado:

*[...] com a divisão das atividades entre os auxiliares a gente também passa a visita [...] pra poder dividir mais ou menos as atividades que eu tenho que fazer mais rápido. (E3).*

A divisão do trabalho na enfermagem é presente e evidencia que os limites de cada saber se articulam na busca da melhor assistência junto a quem precisa de cuidado.

A organização do trabalho de enfermagem, suas funções, seu papel e suas atividades devem ser considerados como dimensões do processo de trabalho em saúde e como

ações necessárias para concretizar o cuidado. Pensar no trabalho noturno implica a discussão de variáveis inerentes ao trabalho e ao trabalhador.

*Como eu só trabalho à noite [...] a assistência [...] ela se torna um pouco diferente da do dia, né? Então o que eu dou prioridade primeiro é eu ver se a equipe de enfermagem tá completa, ler a ocorrência pra poder eu fazer a visita. (E4).*

A sabedoria para atuar nestes processos não está em nenhuma máquina, em nenhum manual fechado, em nenhum protocolo, mas na ação real do trabalho vivo em saúde que o coletivo de trabalhadores faz no momento da atenção ao usuário, individual e/ou coletivo. O modo como se equaciona o momento do contato do usuário com o serviço é fundamental para dar ou não sentido ao que se está falando até agora. Seja qual for o serviço de saúde é na hora em que se estabelece um espaço de escuta entre usuário e trabalhador que se dá início a um processo de trabalho em saúde. Vale salientar que em todos os momentos das atividades em saúde, este espaço de escuta se faz fundamental, mas destacadamente aquele que se estabelece logo “à porta” desempenha um momento chave no desenho do modo como a atenção à saúde será dada. Pode se ter o princípio que se quiser na defesa do acesso e da universalidade, mas, conforme este primeiro momento, se realizará um movimento de aceitação ou de negação do usuário. Mesmo quando o usuário consegue passar “pela porta”, a maneira pela qual se realizou a escuta pode ser uma negação do serviço ao problema apresentado (MERHY, 1995).

O resultado do trabalho da enfermagem tem como produto a prestação da assistência. É uma ação consumida no ato em que se realiza, gerando necessidades e situações inesperadas, de modo que o planejamento e a previsão de recursos podem gerar dificuldades, resultando em reações individuais e evolução dos tratamentos que podem demandar cuidados não previstos, tendo a atenção que ser imediata, pois na maioria das vezes é impossível reverter resultados ou efeitos negativos.

Os serviços de saúde, dentre os quais se encontra a equipe de enfermagem, estão entre os mais antigos grupos profissionais que trabalham em sistemas de turnos. Inserido no contexto multidisciplinar da saúde, o trabalho de enfermagem compõe um cenário de interesses, distintos especificamente por ser uma profissão que trabalha necessariamente em equipe. Dessa forma, o profissional deve desempenhar as funções que lhe são atribuídas, cumprindo as determinações impostas pela instituição e assumindo as responsabilidades de

gerente junto aos demais trabalhadores que compõem a equipe de enfermagem no que se refere aos cuidados com a saúde e com o ambiente de trabalho.

A enfermagem que atende as finalidades, do cuidar e administrar para a recuperação individual é a "hospitalar" ou a "enfermagem clínica [...] a enfermagem é uma parcela do trabalho em saúde, ela também vai estar presente na produção de serviços de saúde em nível coletivo” (VILLA; MISHIMA; ROCHA, 1997).

Os depoimentos revelam as facetas do cuidar inerentes ao desenvolvimento das atividades realizadas pelos enfermeiros dos diferentes turnos de trabalho, enaltecidos pelo planejamento das atividades, pelas queixas das mulheres, evidenciando a divisão de tarefas realizada no serviço de enfermagem, conforme mostrado a seguir:

*Inicialmente eu procuro saber a história da mulher, porque, a causa do internamento as condições que ela está, o tempo que ela, as condições clínicas que ela está no momento, as condições do bebê, as condições do bebê pra poder traçar o planejamento das atividades. Então, de acordo com as condições e as causas que trouxeram essa mulher pra cá é que a gente vai traçando um processo de cuidado. (E14).*

*E a gente traça o cuidado, é, acompanha os afazeres, as atividades realizadas pela equipe, pelos auxiliares e técnicos, desde as queixas de trabalho de parto, da observação do trabalho de parto, a observação das pressões elevadas, dos acompanhamentos, das rotinas, das avaliações, das medicações realizadas, é, das queixas em relação ao cuidado com o RN, as necessidades do RN, e é planejando de forma que atenda aos objetivos que elas estão aqui, que atenda ao cuidado que ela tenha, os melhores conceitos da enfermagem. (E14).*

*[...] da mesma forma que algumas pacientes ficam com acompanhante, então a gente vai tentando ver cada problema em cada leito, quais são os problemas que estão surgindo naquele momento e assim eu vou me organizando, vem a verificação dos sinais vitais, eu coordeno a equipe de técnicos e auxiliares, eu fico sempre ali na enfermaria, nesse momento onde vamos retirar, fazer o balanço de medicações que precisam ainda ser administradas durante todo aquele plantão de 6 horas [...] ver quem apresentou um pico hipertensivo, as pacientes que estão fazendo uso de sulfato terapia, as que ficam especificamente na minha função de [...] como enfermeira assistencial, e aí vejo, fico na observação rigorosa de diurese, de sulfato de magnésio, anti-hipertensivo, de picos hipertensivos, a eminência de eclampsia, a atenção especial pra essas pacientes e depois eu vou também, estando em ordem todas essas atividades assistenciais eu vou também, que é a minha segunda função, verificar as atividades administrativas do setor. (E9).*

O que se pode compreender é que na tentativa de efetivar o cuidado, os enfermeiros planejam suas ações, algumas vezes acumulam funções desenvolvendo-as simultaneamente. Assim sendo, pode ser que uma se sobressaia em detrimento à outra podendo ocorrer algum prejuízo. Em algumas situações desenvolvem atividades a partir das necessidades de saúde das mulheres.

Segundo Merhy (1997), a tecnologia estará sempre disponível em nossas relações (tecnologias leves), acompanhadas das ferramentas leves-dura (os saberes) e de tecnologias

duras (equipamentos e maquinário) nas diversas relações estabelecidas com o usuário, construindo, assim, momentos importantes que poderão produzir contratos de responsabilização, confiabilidade, relações de vínculo e acolhimento (MERHY, 1997).

Corroboramos com Silva, Porto e Figueiredo (2008) por entender o cuidado de enfermagem como um complexo construto, acredito que ele possa ter diferentes dimensões, o que não significa dizer que isso possa inviabilizar o entendimento de que ele é humano, ainda que tenhamos que nos apropriar de tecnologias duras para cuidar.

*Assim, no momento em que essas mulheres se encontram, que é o internamento, elas necessitam de apoio no serviço e orientações para resolver as suas questões imediatas, elas precisam ficar mais confiantes. Nesse momento elas podem ter sido retiradas da sua rotina repentinamente, alterando toda sua dinâmica de vida, gerando diversas alterações pessoais e sociais no contexto em que elas se inserem. (E9).*

Os componentes da equipe de enfermagem, como atores envolvidos na ação terapêutica, devem se tornar mediadores do processo de recuperação das mulheres hospitalizadas e de seus familiares. Espero que os sujeitos que recebem o cuidado exerçam os seus direitos de cidadãos, definindo, juntamente com os profissionais, um novo processo de assistência à saúde, onde estejam presentes, na discussão do planejamento, seus desejos. É fundamental também garantir a participação dos profissionais, de todos os níveis de formação, no planejamento e execução da assistência ao usuário que recebe o cuidado.

#### **4.1.2 Necessidades de saúde das mulheres na visão do enfermeiro**

Respaldamos-nos em Cecílio (2001) para análise dessa categoria em que ele reconhece quatro conjuntos para conceitualização de tais necessidades. Ressaltamos que as necessidades de saúde estão presentes nos diversos serviços e níveis de atenção a saúde, que o usuário esteja pelo compromisso dos profissionais.

O primeiro conjunto refere-se às **boas condições de vida**, entendendo-se que o modo como se vive se traduz em diferentes necessidades. O segundo conjunto diz respeito ao **acesso às tecnologias** que melhoram ou prolongam a vida. É importante destacar, nesse caso, que o valor de uso de cada tecnologia é determinado pela necessidade de cada pessoa, em cada momento. O terceiro bloco refere-se à criação de **vínculos** efetivos entre o usuário e o profissional ou equipe dos sistemas de saúde. Vínculo deve ser entendido, nesse contexto, como uma relação contínua, pessoal e calorosa. Por fim, necessidades de saúde estão ligadas

também aos graus crescentes de **autonomia** que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, o que vai além da informação e da educação (CECÍLIO, 2001).

Para Cecílio (2001), as necessidades de saúde caracterizam-se como uma busca de algum tipo de resposta para as condições de vida capazes de melhorar e prolongar a vida. Podem ser captadas e trabalhadas na sua dimensão individual.

A autonomia implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida, e esta resignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível (CECÍLIO, 2001).

No que se refere à produção de cuidados temos o desafio de buscar outras formas de inserir as necessidades e os interesses dos usuários, dos trabalhadores e das instituições de saúde com a criação de projetos terapêuticos que favoreçam a autonomia das pessoas em suas vidas (MERHY, 2002).

#### 4.1.2.1 Acolhimento e vínculo

A consolidação do SUS perpassa pela superação contínua dos desafios e obstáculos para garantir a integralidade como direito do cidadão brasileiro. A organização dos serviços de saúde deve incorporar o acolhimento e o vínculo como diretrizes operacionais para a efetivação dos princípios do SUS, ou seja, a integralidade, a universalização e a equidade em saúde (FRANCO; BUENO; MERHY; 1999; CECÍLIO, 2006; TEIXEIRA, 2007).

Merhy (1994) propõe a reflexão sobre as práticas nos diferentes momentos de relação com o usuário. O autor define acolhimento como relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, numa versão de totalidade, estabelecem com os diferentes tipos de usuário.

O acolhimento é recurso fundamental para que o outro do cuidador surja positivamente no espaço assistencial, tornando suas demandas efetivas como norte das intervenções propostas, nas suas finalidades e meios, desde que não se reduza esse princípio a apenas (embora não seja simples) dispositivo simples de recepção ou pronto-atendimento. É no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades

em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, que se dá o acolhimento, o qual deve ter, entre suas dualidades, essa capacidade de potencializar diálogo (AYRES, 2007).

O acolhimento é percebido como um procedimento relacionado com a recepção das mulheres nas unidades de internamento, apresentação, investigação, explicação, escuta, transmissão de conforto e segurança. Os discursos convergem para essas concepções e explicitam a participação dos enfermeiros nessa atividade, como podemos observar nas seguintes falas:

*[...] quando a paciente chega a gente vai lá, conversa com ela, observa alguma alteração, a gente se preocupa em atender na medida do possível [...]* (E11).

*[...] conversar com a paciente é explicar pra ela, mostrar pra ela o local que ela vai ser internada, é falar [...] fazer uns tipos de pergunta [...] a primeira coisa é você ir e tentando explicar o que ela vai fazer e também questionar sobre alguns problemas delas* (E1).

*[...] procurando fazer com que elas se sintam mais a vontade no ambiente em que elas estão [...]* (E2).

*[...] gosto muito de falar da religião [...] eu gosto de passar um pouco de conforto, de segurança para a paciente.* (E4).

*[...] quando você percebe que ela tá um pouco ansiosa [...] eu indago um pouco se tem algum motivo, se é o bebê, se é algum problema de casa, mas nem sempre eu consigo fazer isso em todas as mulheres, por conta do tempo e da demanda.* (E6).

Ao acolher a mulher nas diversas fases da sua vida e a partir de necessidades de saúde sentidas ou expressas, o profissional deve ter o cuidado de não causar polêmicas ou discutir pontos conflitantes como a religião. Não confundir com neutralidade, mas apoiar de forma confortante. Nesse sentido, pode falar de Deus, de fé sem falar de religião.

Nos serviços de saúde, o acolhimento tem sido considerado como um processo de relações humanas a ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os setores do atendimento (MATUMOTO, 1998).

Por ser um hospital escola, o local do estudo, possui um movimento de profissionais elevado. Diariamente, estão nas unidades os profissionais escalados na unidade, residentes, preceptores, professores, alunos de diversos cursos de graduação e de diferentes universidades. Esse volume de profissionais circulando e tentando obter informações sobre o estado de saúde e sobre a vivência hospitalar das mulheres pode interferir na forma de manutenção do diálogo como também a realização de exames, procedimentos, rotinas institucionais. Algumas usuárias podem não se sentir tímidas ou pouco à vontade outras

podem se retrair diante de indagações ou intervenções. À noite o fluxo de pessoas nas unidades é menor e esse fato pode contribuir para que as mulheres se sintam mais à vontade e conversem de forma mais relaxada favorecendo a escuta e o vínculo. Os relatos mostram que:

*À noite é mais fácil você fazer esse diálogo [...] Eu chego, eu procuro [...] (E12).*

*[...] o que eu acho é que você tem que manter o diálogo mais, mais, mais amigável e o mais simples possível com a paciente. [...] Escuto. (E12).*

Escuta é o modo como uma equipe de trabalhadores de um serviço acolhe seus usuários (acolher aqui como escutar, trocar informações e decidir rumos para dar uma resposta tecno-assistencial ao problema apresentado), na maneira como se compromete e se responsabiliza por eles, na forma como coletivamente trocam suas sabedorias para intervir, no modo como fazem do cotidiano do serviço.

Quando o profissional não tem o foco de atenção na utilização desse dispositivo que compõe a integralidade do cuidado compromete a qualidade do serviço prestado pelo enfermeiro, fazendo com que as necessidades de saúde dos usuários sejam minimamente atendidas ou até mesmo não atendidas; pois fica difícil para o profissional enfermeiro interagir, ouvir e até mesmo fazer uma aproximação no atendimento das necessidades de saúde sentidas, já que ele sempre está envolvido com problemas administrativos, burocráticos e delega o cuidado para outros membros da equipe de enfermagem, tornando o cuidado fragmentado.

Quando indagadas sobre as necessidades de saúde das mulheres os enfermeiros referiram que:

*Converso com todas [...] Escuto [...] Sei [...] De todas, eu num vou dizer que a gente vá a fundo, porque nós só temos, porque são 98 leitos e tem dia que é só uma enfermeira. E como nós temos paciente de alto risco, nós também não podemos ir a fundo porque se não a gente passa a tarde inteira só com uma enfermaria. (E15).*

O depoimento revela que a enfermeira conversa para apreender o que mais incomoda a mulher e o que mais ela necessita naquele momento.

A enfermagem tem acumulado atividades rotineiras que dificultam a sua atuação direta junto ao paciente, delegando o acolhimento e a escuta, e a sua identidade de cuidadora para auxiliares e técnicos de enfermagem. As prioridades no cuidado direto devem existir, em cada turno de trabalho, sendo necessário a atuação do enfermeiro diante

de pacientes graves, na admissão, alta, transferência. O tempo deve ser administrado conforme as prioridades que traça e julgue necessária para o seu turno de trabalho. Os seguintes depoimentos mostram a dedicação do tempo dos enfermeiros para a escuta:

*[...] às vezes nem dá tempo você ouvir muito a paciente [...] tento buscar [...]. (E1).*

*[...] quando tá o plantão muito agitado, mas quando tem poucas pacientes dá pra você tentar fazer [...]. (E2).*

*Procuro [...] tento [...]. (E3).*

*Escuto [...] Sei [...] É, com certeza eu posso dizer que eu me preocupo. [...] faço a visita e realmente [...] é um momento que eu dedico a conversar e a saber desses problemas dela, né, então [...] Busco saber sim essas necessidades, até porque se eu num souber essas necessidades que elas estão referindo, como é que eu vou determinar o meu cuidado, né? Então, as necessidades de cuidado que elas referem é importante pra mim também, estrategicamente, ver como é que eu vou direcionar a minha assistência. (E13).*

Nessa perspectiva, o acolhimento toma a dimensão da organização do acesso aos serviços, inclusive nas unidades de internamento.

Há uma tentativa por parte dos profissionais em trabalhar com acolhimento desde admissão das mulheres até a alta hospitalar. As falas retratam que:

*[...] eu vivencio muito de perto a realidade delas. Primeira coisa que eu vejo é a questão da empatia, né, eu me coloco no lugar dela. Então, eu tento tratar desde a hora que chega né, até, durante todo o processo de internamento até a saída, pelo nome, né, assim, eu vejo sempre se tá faltando alguma coisa, quando o paciente ou a família me solicitar algo eu faço tudo pra tentar atender né, tanto o paciente quanto a família [...]. (E5).*

*[...] favorecer a participação das acompanhantes, favorecendo as explicações diante dos procedimentos que são realizados e também orientando os auxiliares e técnicos no cuidado e na forma de fazer esse cuidado [...], a gente procura saber e mostrar. (E14).*

Os enfermeiros ao cuidar demonstram preocupação com a qualidade da assistência durante o internamento das mulheres, contribuindo de forma a minimizar suas angústias, dúvidas e necessidades. Quando possível realizando seus desejos.

Ultrapassando a ideia de fenômeno linguístico, do discurso verbal, o acolhimento deve ser entendido como intencionalidade de ações que estejam versadas na captação das necessidades de saúde manifestadas pelo usuário e na resposta dessas necessidades pela equipe em seu conjunto de ações de trabalho (MATUMOTO, 1998).

Quando indagadas sobre o conhecimento das necessidades de saúde das pacientes, alguns enfermeiros relataram que se preocupam em saber das necessidades das pacientes; portanto, demonstram de forma insipiente e superficial, já que nas suas falas

revelam que escutam, sabem, mas não de todas; buscam isso nas suas atividades de trabalho e quando não fazem, remetem o fato ao cansaço, ao acúmulo de trabalho e à demanda elevada de pacientes. Como denotam as falas:

*[...] pra dizer que no plantão você conhece todas as necessidades de todas as pacientes eu acho que não [...] Eu não.[...] Incomoda né, porque o correto era eu conhecer a necessidade de cada uma [...] Assim, quando, cada plantão eu tento melhorar um pouquinho. Quando eu não estou muito cansada aí eu converso mais, passo mais tempo com a paciente, discuto mais. Eu tento buscar, eu tento melhorar [...]. (E4).*

*Sei, mais ou menos. Porque... [...] Escuto. (E12).*

*[...] eu conheço, eu num posso dizer que eu conheço exatamente [...] me preocupo [...] Busco muito, busco muito e eu digo porque eu sei que isso aí eu faço com todo prazer [...] Eu busco mesmo. (E5).*

*Eu vou ser bem sincera, tem dia que sim, tem dia que não, né, num é uma coisa constante não, porque eu acho que a gente tem assim. [...]. (E6).*

*[...] É, eu procuro me policiar pra que eu faça sempre, mas num é toda vez que eu faço não [...] no dia que eu venho muito cansada, eu [...] eu realmente não me detenho muito nisso, eu me preocupo com a parte [...] se tá todo mundo bem, se num tem ninguém grave, se tá tudo sobre controle, se num tá sendo ninguém maltratado, e nos dias que eu tou mais inspirada eu pergunto mais, entendeu, num é sempre [...] sempre não [...] a verdade é essa mesmo. (E6).*

*[...] Eu tento fazer, na medida do possível, muitas coisas são assim, algumas coisas são impossíveis de conseguir mas, assim, uma das coisas que eu tenho privilegiado é o acompanhante [...]. (E9).*

Cada enfermeiro e cada mulher estão inseridas num contexto singular influenciado por suas necessidades individuais.

Merhy (2006) reflete sobre as necessidades de saúde dos usuários, as quais poderão estar representadas das mais variadas formas, pois eles não são uma categoria de atores uniformes. O segredo é olhar e analisar cada situação na sua singularidade, na maneira como esses sujeitos procuram construir o mundo pra si e para os outros, constituindo suas representações sobre saúde e cuidado.

Corroboramos com Merhy (2006), que a forma de representar as necessidades de saúde é algo que não está explícito na fala das mulheres e requer atenção do profissional para percebê-la. Aprender as necessidades de saúde não significa que o atendimento seja feito da forma a satisfazê-la integralmente.

*Mas a gente, na visita do plantão do turno, a gente consegue identificar essas necessidades porque você vai, a gente vai de enfermaria a enfermaria, sabendo quais são as necessidades e identificando [...] o cuidado é isso, com que você está trabalhando, quais são as mulheres que você está trabalhando e quais são aquelas que precisam de maior atenção, né? (E14).*

Assim sendo, percebo que os enfermeiros buscam atender às mulheres, ultrapassando os procedimentos, embora não haja incorporação no serviço dessa lógica de trabalho, pautada nas necessidades de cada uma. Segundo Cecílio (2001), as necessidades dos pacientes vão além do que é referenciado por eles. Desse modo, muito ainda tem que ser feito para que se diga que conhece as necessidades das pacientes; percebemos que há conversas, preocupações, interesses em estar junto dessas mulheres, mas não se trabalha com necessidades de saúde; ao se trabalhar com necessidades de saúde, se escuta de diferentes formas, mas acima de tudo se atende às necessidades.

Quando se trabalha necessidades de saúde temos uma boa noção do modo de analisar a vida do paciente, inclusive seu vínculo com outra equipe ou outros profissionais, seu grau de autonomia, e a interpretação que faz de sua doença (CECÍLIO, 2001). Nas falas citadas anteriormente, está explícito que o vínculo entre as mulheres e as profissionais fica prejudicado.

Pensar em vínculo nos remete à questão da responsabilidade e do compromisso. Criar vínculos implica a existência de relações tão evidentes e próximas para que os profissionais possam se sensibilizar com todo o sofrimento alheio, sentindo-se responsáveis pela vida e morte daquele que o procura, o que pode arquitetar uma invenção nem burocrática, nem impessoal, estando, dessa forma, em consonância com um dos sentidos de integralidade: as práticas em si. Como conjunto de necessidades em saúde refere-se à insubstituível criação de estabelecimento de relações afetivas contínuas entre usuário e equipe. A relação entre os envolvidos deve ser contínua no tempo, pessoal, intransferível e calorosa. Deve ser um encontro de subjetividades (MERHY, 1994; CECÍLIO, 2001).

O vínculo é um dispositivo utilizado para estimular os grupos e as organizações a participarem da resolução de seus problemas. Na verdade, o que se quer é ajudar o usuário a adquirir autonomia (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008; NASCIMENTO et al., 2010). Que o vínculo possibilita fundamentar uma relação compromissada entre equipe, usuário e família, favorecendo um convívio pautado na responsabilidade e na sinceridade. Por meio desse vínculo, facilitamos a parceria, evocando uma ligação mais humana, mais singular, mais adequada às necessidades dos usuários e famílias, proporcionando um atuar da equipe mais voltada à escuta, à compreensão de pontos de vulnerabilidades e à construção de intervenções terapêuticas individuais.

O acolhimento e o vínculo constituem dimensões de análise da produção do cuidado em saúde. Os autores alertam sobre a necessidade de ampliação dos laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico (SANTOS; ASSIS, 2006; SANTOS et al., 2007).

Assim sendo, os enfermeiros devem ter a compreensão de responsabilização da equipe com o usuário, para torná-lo autônomo, com possibilidades de estabelecer um acompanhamento no projeto terapêutico. Por conseguinte, é preciso (des)construir a prática centrada no saber médico e nos saberes pautados nos núcleos especializados das profissões, com o cuidado apenas no ato prescritivo. Para tanto, teríamos que incorporar nesta nova prática os saberes ampliados e a dimensão cuidadora que há em cada trabalhador de saúde, a valorização do outro, a preocupação com o cuidado e o respeito com a visão de mundo de cada um, considerando o outro como cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos usuários (SANTOS; KOCHERGIN; ASSIS et al., 2010).

O SUS necessita de um fortalecimento do nível municipal e a organização dos sistemas microrregionais de saúde, espaços esses que podem ser geradores de mudanças gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais que contribuam para a construção de modelos de atenção capazes de dar respostas adequadas aos problemas e necessidades de saúde da população de cada local (SILVA, 2010).

Cresce a consciência de que a crise da saúde nada mais é que expressão fenomênica de causas mais profundas, que têm raiz no modelo de atenção médica vigente, estruturado pelo paradigma flexneriano. Sair da crise implica, pois, necessariamente, transitar de um modelo de atenção médica, fruto do paradigma flexneriano, para um modelo de atenção à saúde, expressão do paradigma da produção social da saúde (MENDES, 1996).

Nesse contexto, a responsabilização pela produção do cuidado é também um dos instrumentos e dispositivos de SUS para a mudança do modelo assistencial (NASCIMENTO et al., 2010).

Por isso, na busca de cumprir os princípios do SUS, é necessário que se compreenda o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que o usuário precisa para atingir a integralidade (MATTOS, 2001).

Os discursos das entrevistadas convergem no sentido de atribuir à construção do vínculo entre mulheres e profissionais por meio de uma abertura subjetiva entre elas, na formação de um contato, dialogando em torno da vida.

As falas que denotam isso são:

*[...] devido as pacientes demorarem muito tempo, a gente vai criando até uma afinidade, que a gente fica sabendo coisas da vida delas, que elas acabam contando por não ter, às vezes, com quem conversar. Então elas encontram na gente uma pessoa de confiança, é [...] começa ter aquela afinidade e elas acabam contando seus problemas de casa. (E8).*

*Assim, é muito difícil uma paciente que conviva comigo no dia a dia não me conhecer, tá entendendo, ela me conhece. Às vezes pode até não saber meu nome não, mas me conhece [...] às vezes fica paciente, uma paciente em cada enfermaria, eu acho melhor juntar ou deixar uma paciente mais próxima do que a outra, porque a paciente fica sozinha no final do corredor eu acho muito ruim... [...]. (E12).*

O vínculo na concepção dos enfermeiros se estabelece com a interação e com o tempo de convivência.

As ações realizadas pelos enfermeiros durante o trabalho, mais especificamente na visita, como referido por uma investigada, ocorrem na tentativa de minimizar a fragmentação existente como alternativa de consolidar o vínculo entre os autores através da conversa e da escuta.

É importante destacar que não é qualquer escuta que possibilita o efetivo diálogo, mas uma certa qualidade da escuta. E não qualidade no sentido de ser boa ou ruim, mas da natureza mesma da escuta, daquilo que se busca escutar (AYRES, 2007).

Percebemos que a reestruturação produtiva em saúde só tem sentido mediante o uso racional das tecnologias, embasadas em evidências racionais, direcionadas para o cuidado das pessoas, na perspectiva de incorporação de modos tecnológicos de trabalhar que respondam a um ideal de solidariedade, alicerçada nos pilares da universalidade, equidade e participação das pessoas nas escolhas. Assim, mais que reestruturar a produção, precisa valorizar os atos de fala e realizar escutas qualificadas, estabelecer vínculos, pactuar responsabilidades, mediante transição tecnológica, na qual o trabalho vivo seja o cerne do processo de trabalho (ASSIS; LIMA; NASCIMENTO et al., 2010).

Para que as ações de saúde sejam resolutivas, a maneira a prover tecnologias devem ser diferentes a adequadas às necessidades apresentadas individualmente. As

necessidades de saúde ajudam as pessoas que buscam cuidados, nesse sentido, quando se utiliza um serviço, temos uma atenção mais qualificada e humanizada.

Segundo Cecílio e Lima (2000), a participação dos trabalhadores e a utilização de um conceito operacional de necessidades de saúde, já é, em si, um bom dispositivo para qualificar e humanizar os serviços de saúde.

O cansaço devido ao acúmulo de empregos ou de atividades, segundo uma das entrevistadas, compromete o nível do trabalho executado. Limitada a observar o todo e detectar gravidades; não ver as pacientes na sua individualidade. Nesse sentido, compreendo que a percepção em relação às necessidades de saúde das pacientes fica comprometida, ou até mesmo não é vislumbrada pelo enfermeiro.

O encontro entre usuário e equipe deve ser pautado no compromisso e na preocupação de fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por parte das pessoas que buscam o serviço ou que vivenciam o estar hospitalizado (CECÍLIO, 2001).

Nessa perspectiva, há que se considerar que a possibilidade do diálogo está potencialmente presente nos encontros entre usuários e trabalhadores da saúde, mas, para que ele se estabeleça, faz-se necessária a existência de um “autêntico interesse em ouvir o outro” (AYRES, 2004, p. 23), em que, a partir de um legítimo diálogo, torna-se possível dar voz aos usuários envolvidos nessa interação.

A escuta perpassa também, no momento do acolhimento, como elemento facilitador das relações entre os atores do processo de cuidar. O excesso quantitativo de mulheres que vivenciam o internamento pode levar os enfermeiros ao estresse e sobrecarga de trabalho frente a essa situação.

É possível concretizar espaços em que o diálogo e o consenso se articulem para o desenvolvimento de ações que englobem o processo de educação e de trabalho de todos os sujeitos presentes, considerando todos os níveis de formação. Dessa forma, é esperado que os participantes desses espaços tenham o mesmo grau de responsabilidade e respeito por suas demandas e propostas, da mesma maneira que precisam submeter-se ao ajuizamento e avaliação dos demais (PINHEIRO, 2007).

Assim, a esfera pública dos serviços de saúde constitui-se como espaço onde convivem usuários, trabalhadores do serviço, professores, estudantes e gestores, compartilhando experiências, negociando, construindo juntos uns com outros um pensamento associado ao agir. Esse é o *locus* de fazer dos gestores e palavras, ação. Nele, enfim, pode-se ajuizar, aprender e se investir de valores para se responsabilizar pelo cuidado e por um saber-fazer comum (PINHEIRO, 2007).

A necessidade que a enfermeira manifestou em conhecer a forma de entrada da paciente no hospital, mais precisamente na unidade de internação, tem o intuito de conhecer as necessidades de saúde das mulheres durante sua estada nesta unidade de internação. Ao descobrir porque a usuária está na unidade, o enfermeiro vai dispor de estratégias individuais e organizacionais para melhor atender as mulheres que vivenciam o internamento.

*A gente admite a paciente. Geralmente, quando a paciente chega, a gente vai lá, conversa com ela, observa alguma alteração e conversa. Se tiver necessitando de alguma coisa a gente se preocupa em atender, na medida do possível [...]. (E11).*

*[...] A paciente vem admitida, primeiro pede a vaga. A gente já sabe mais ou menos onde ela vai ficar, se é DHEG ou não, na observação. Escolhe o local que ela vai ficar e, quando ela chega, as meninas levam, e em seguida a gente vai ver a paciente [...]. (E11).*

Ao trabalhar de forma compromissada com as usuárias, o enfermeiro está beneficiando a relação dos envolvidos no processo de cuidar. Dessa forma, o profissional deve adotar intervenções terapêuticas individuais a partir das necessidades de saúde das usuárias não esquecendo que a equidade deve se fazer presente ao longo da permanência da usuária na instituição.

#### 4.1.2.2 Equidade

De acordo com os aspectos conceituais e os princípios do SUS equidade é diferente de igualdade. Todas as pessoas têm direito ao atendimento de suas necessidades, mas as pessoas são diferentes, vivem em condições desiguais e com necessidades diversas. O princípio da equidade é que o sistema deve estar atento às desigualdades (NATALINI, 2002), não é superação das desigualdades (CECÍLIO, 2001).

O SUS não está atento à equidade, não trabalha, na prática, baseado nesse princípio, pois, como dito anteriormente, não comporta todos que dele necessitam. Os leitos hospitalares são insuficientes para os que deles precisam, e, muitas vezes, não é difícil vermos

a equipe optar por um a outro paciente; são essas coisas que vivenciamos e sabemos dos serviços de saúde que atendem pelo SUS.

Nesse sentido, percebo que o entendimento dos enfermeiros sobre o desenvolvimento da equidade pode estar equivocado, pois, como é que se trabalha equidade e o SUS é falho, não abarca todo mundo, atende uns e outros não. Assim, temos que a saúde para todos é uma não verdade, pois ao observar os serviços de saúde ou estar inserido nele vemos que a realidade é outra segundo as falas:

*[...] Então eu me organizo dessa forma em termos de prioridade, é a questão da equidade [...] então é oferecer mais a quem precisa de mais, né? [...]. (E5).*

*[...] Primeiro as pacientes graves que recebem mais cuidado, que a gente vai mais atento ali. Segundo as pacientes que estão com dor [...] picos hipertensivos é [...] paciente que tá programada pra cesárea, a gente já fica atenta [...]. (E11).*

*[...] As prioridades são com as pacientes mais graves, pacientes de risco, principalmente as pacientes com alguma patologia obstétrica né, como a pré-eclampsia, então eu procuro priorizar essas pacientes [...] eu acho que assim, a gente às vezes deixa de priorizar certas coisas nessa assistência por conta do tempo e por conta de ser um profissional pra dar conta, pra estar lhe dando com tantas pacientes, com tantas mulheres [...]. (E13).*

*[...] É a que tiver sentindo dor, eu dou maior prioridade, ou sangramento [...] é, aí eu vou tentar, aí eu paro pra ir intervir nesse problema [...]. (E8).*

*[...] se eu noto que tem alguma coisa de diferente em determinado paciente após fazer a evolução, após checar tudo que eu tenho que checar, e fazer os procedimentos, como colher sangue, fazer ECG e tudo, medicação, depois disso se aquela paciente precisa de mais um cuidado [...] então eu me organizo dessa forma, em termos de prioridade, é a questão da equidade. (E5).*

*[...] fico na observação rigorosa de diurese, de sulfato de magnésio, anti-hipertensivo, de picos hipertensivo, a eminência de eclampsia, a atenção especial pra essas pacientes, e depois eu vou também, estando em ordem todas essas atividades assistenciais eu vou também, que é a minha segunda função [...]. (E9).*

Alguns enfermeiros referiram e outras deixaram explícito que o cuidado prestado por elas é baseado na equidade. Elas priorizam as pacientes que mais necessitam de assistência, estando sempre atentas às desigualdades presentes na unidade de cada paciente cuidada por elas.

As práticas de saúde devem ser centradas na pessoa que recebe o cuidado, envolvendo todos que exercem o cuidado; incidem nas diversas estruturas que o ser humano está inserido, seja ela social, cultural e pessoal, a partir de diferentes princípios como vínculo e acolhimento. As práticas propostas utilizam como tecnologia, a tecnologia leve, ou relacional e as tecnologias leves-dura, que englobam os saberes. As tecnologias em saúde devem ser usadas a partir de um projeto político envolvido com o povo. Para que as ações de

saúde sejam resolutivas as maneiras de prover tecnologias devem ser diferentes e adequadas às necessidades individuais apresentadas pela coletividade.

No campo das práticas em saúde integral, mais especificamente nas relações estabelecidas no processo de trabalho das equipes, as tecnologias são compreendidas como um conjunto de saberes e instrumentos que expressam, nos processos de produção dos serviços, a rede de relações sociais que é constituída não apenas pelo saber, mas também por seus desdobramentos materiais e não materiais (MENDES-GONÇALVES, 1994).

#### 4.1.2.3 O (des)conhecimento das mulheres sobre o adoecimento na visão do enfermeiro

Dentre as necessidades de saúde das mulheres, percebidas pelos enfermeiros investigados, durante o internamento hospitalar a falta da escuta por parte de alguns profissionais de saúde é referida pelas mulheres como uma conduta não esclarecedora de questionamentos, dúvidas e geradoras de insegurança. Não há esclarecimento sobre procedimentos a serem realizados com elas nem sobre o atual momento vivenciado. As falas dos enfermeiros revelam esse fato:

*[...] muitas delas nem sabe? Muitas delas são assim, vêm pra cá sem muito saber o que que aconteceu, o que que vai fazer, porque que tá ali [...]. (E1).*

*[...] muitas delas nem sabe? Muitas delas são assim, vêm pra cá sem muito saber o que que aconteceu, o que que vai fazer, porque que tá ali [...]. (E1).*

*[...] elas tão aqui e num sabe nem porque que tão aqui. Sabe que tem uma doença, sabe que tá com cisto, mas elas não sabe se o cisto, se vai ser cirúrgico, se num vai ser [...]. (E4).*

Os enfermeiros perceberam que é evidente o desconhecimento das mulheres sobre seu estado de saúde, o que caracteriza uma fragilidade desses seres, tornando-as vulneráveis, deixando claro que necessitam de contribuições positivas das pessoas que se propõem a cuidar delas. Fica caracterizado que essas mulheres possuem autonomia limitada no modo de levar a vida. Caracterizam-se como pessoas que se sujeitam a algo ou a alguém.

O trabalho em saúde, como institucionalizado, é realizado por diversos profissionais, onde a assistência é fragmentada, por ser resultado de um trabalho parcelado e compartimentado, que não busca colocar em pauta as necessidades de saúde à frente dessa forma de cuidar ou tratar. Nesse sentido, torna-se evidente a relação de dominação existente.

As falas a seguir evidenciam preocupação e interesse com o fato das pacientes hospitalizadas não terem conhecimento do motivo pelo qual estão inseridas no contexto hospitalar. Assim, percebemos que a comunicação entre profissionais e pacientes parece ser ineficaz, ou pouco esclarecedora. Essa conduta é preocupante, pois os usuários devem ser inseridos no contexto do seu tratamento e não excluídos dele, como se fosse apenas uma patologia sistêmica, e não um ser inteiro, um todo e não uma parte que faz parte desse processo.

*[...] a primeira coisa é você ir [...] conversar com ela, que é o que eu faço, converso, e tento explicar o que ela vai fazer e também questionar sobre alguns problemas delas [...]. (E1).*

*[...] eu gosto sempre de perguntar porque que a paciente está aqui, e não chegar já dizendo o que a [...] “a senhora venho pra que?“, a senhora tá aqui por quê? veio se operar, por que a senhora tem um cisto? ... eu não gosto já de dizer o que ela tem, entendeu? (E4).*

*[...] por que que você veio? Saber se ela tá informada. Porque, assim, eu acho que todo mundo merece saber o que tem, se uma paciente ficou internada ela merece saber por que ficou internada, apesar de eu estar lendo o prontuário, ou vendo na ocorrência ou na evolução qual é o diagnóstico da paciente, mas eu sempre pergunto: por que você está aqui ? [...]. (E12).*

*Eu acho que a paciente tem que saber o que ela tem, e o que eu sei eu procuro transmitir à paciente [...]. (E12).*

Os depoimentos deixam explícito a necessidade de interação entre os atores envolvidos no processo de cuidar. Nos levam a crer que o processo de cuidar é do tipo medicalizado, ou seja, médico centrado, sem autonomia dos profissionais enfermeiros.

A autonomia implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida, e esta resignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível (CECÍLIO, 2001).

Ao refletir sobre a inserção do paciente no processo terapêutico; ao longo dos anos, a assistência prestada ao paciente é pautada no modelo de assistência biomédico, o qual não inclui o paciente e nem mesmo a solidariedade humana.

É preciso repensar o modelo assistencial vigente. Os enfermeiros necessitam minimizar a fragmentação da prática do cuidado exercido e buscar colocar as necessidades das mulheres no foco da atenção.

De forma insipiente, percebemos nas falas, importância dada à paciente na tentativa de reverter essa assistência, no sentido de transformá-la, através da conversa e de informações importantes ou julgadas necessárias pelos enfermeiros.

Os enfermeiros, como profissionais participantes da equipe de saúde e do processo de cuidar, necessitam de autonomia e de responsabilização frente às mulheres que vivenciam o internamento, já que estão junto as mulheres de forma contínua. Munido desses atributos, o enfermeiro é capaz de transformar a vida das mulheres no sentido de envolvê-las no processo de cuidado, tornando-as seres responsáveis pela própria produção de saúde.

A responsabilização, na perspectiva das práticas de saúde individuais e coletivas, é dirigida à produção de responsabilização clínica e sanitária e de intervenção resolutiva, tendo em vista as pessoas, como um caminho para defender a vida. Reconhece-se que, sem acolher e vincular, não há produção desta responsabilização nem otimização tecnológica das resolubilidades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Para Starfield (2004), a essência da responsabilização é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades de atendimento.

Nesse contexto, temos a responsabilização pela produção do cuidado como um dos instrumentos para a mudança do modelo assistencial.

O modelo de saúde idealizado por profissionais, gestores e governos que se preocupam com os pacientes teriam, segundo Assis; Nascimento; Lima et al. (2010) que atentar para as necessidades de saúde da população, bem como articular mudanças na organização da atenção de média e alta complexidade, guarnecidas por políticas de regulação e controle para assegurar a resolubilidade na rede de serviços. Ressaltamos a necessidade de desenvolver um novo jeito de fazer saúde, incorporando o conceito positivo de saúde e a integralidade da atenção no cotidiano das práticas, deslocando, dessa forma, o olhar centrado na doença.

Assim, pensar em transformação é, dialeticamente, considerar a potência dos sujeitos, a historicidade dos processos de trabalho e os polissêmicos sentidos e significados no modo de cuidar das pessoas e produzir saúde (ASSIS; NASCIMENTO; LIMA et al., 2010).

Pontuamos, assim, a seguinte questão: **Como usuários podem se manter informados se são sujeitos com autonomia limitadas?** São pacientes na essência da palavra e vivenciam a relação de dominação que perdura nos hospitais, vindo do modelo hegemônico.

As mulheres são fruto de uma assistência verticalizada imposta, realizada sem a participação popular; uma assistência que vem das esferas superiores para ser implantada nos diversos locais de assistência a mulheres que necessitam de cuidado especializado. Sei que a produção do cuidar deve ser realizada na horizontalidade da assistência. A mulher deve ser cuidada como um ser integral que é, e não de forma fragmentada ou na verticalização das situações.

Pensar a autonomia, no que pese o campo do cuidado de enfermagem, implica pensar em direito de escolha e exercício de autogoverno para ambos os sujeitos implicados na ação. As discussões emergentes dos resultados desta pesquisa apontam a importância de se considerar os princípios da ética, nos quais se incluem a questão da autonomia, como um dos fundamentos do cuidado, enquanto atitude de respeito aos direitos do cidadão, em especial aos morais e sociais, em que pese o campo do cuidado e o espaço social da enfermagem (hospital) onde as ações de cuidado se dão (FERREIRA, 2008a).

#### **4.1.3 O cuidado às mulheres**

Nas últimas décadas o cuidado é discutido e tido a atenção de diversos estudiosos, pesquisadores e teóricos de outras áreas de conhecimento, cada qual procurando trazer suas contribuições no sentido de possibilitar uma melhor compreensão acerca de seus diferentes conceitos e significados.

Nesse estudo, trazemos a perspectiva do cuidado baseado em Merhy (2000), que apresenta seu pensamento de que a noção de cuidado permite inserir na saúde as preocupações com o bem-estar dos indivíduos, opondo-se a uma visão meramente economicista; Ayres (2000) defende que o indivíduo tem o poder de julgar suas necessidades de saúde, situando-se como outro sujeito e não como outro objeto.

##### **4.1.3.1 Percepção da subjetividade das mulheres na visão do enfermeiro**

Os enfermeiros evidenciaram observar com frequência que as mulheres mostram-se ansiosas e inseguras no processo de internamento. Sabemos que o ambiente hospitalar, por si só é um ambiente estigmatizado, próprio para pessoas doentes.

Assim sendo, essas mulheres necessitam de cuidados tecnológicos produzidos a partir da reestruturação da produção do cuidado, no qual novas tecnologias possam operar e

ajudar na produção do cuidado com atos de saúde diferentes e com novas modalidades de produção do cuidado. As tecnologias leves e leve-duras se expressam nos processos relacionais dos atos de saúde e nas práticas geradoras de atos produtivos nos processos de trabalho (MERHY, 2007).

Na tentativa de superar o modelo biomédico, o enfermeiro deve construir modelos na lógica usuário-centrado, que permita a construção de vínculos e compromissos estreitos entre profissionais e mulheres, conforme suas necessidades individuais, para que os sentimentos vivenciados possam ser melhor sentidos e percebidos.

Todos os enfermeiros apresentaram nos relatos tal percepção, mas mostraremos apenas relatos de E1, E2, E6, E14, E15, que se complementam:

*[...] muitas vezes elas ficam muito ansiosas e precisam realmente que você [...] esclareça certas coisas [...]. (E1).*

*Eu acho que ela se sente insegura, se sente assim é indefesa, até porque o ambiente ela não conhece ninguém [...] você se deparar com várias pessoas que não sabe o que vão fazer com você, como é que vai fazer [...] elas tem muitas dúvidas (E2).*

*[...] eu acho que ela se sente abandonada, só e as que ficam muitos dias vão ficando deprimidas, vão ficando assim, sei lá [...] devem [...] até desesperanças [...]. (E6).*

*[...] tem uma preocupação, tem uma queixa [...] elas ficam ansiosas, são pessoas ansiosas porque não ganham alta e essa ansiedade, ela vai gerar uma maior dificuldade no tratamento pelos picos hipertensivos, pelos picos hiperglicêmicos, pelos sangramentos [...] essa ansiedade ela pode complicar, ou trazer uma situação de estresse, e fazer com que elas demorem muito mais, e essa demora no internamento pra elas traz prejuízo, porque ela sempre tem a preocupação do filho menor. (E14).*

*[...] Normalmente são pacientes que passam muito tempo internada, elas se sentem muito, muitas delas não têm visita, então muitas delas se sente muito solitária. Quando a enfermeira vai lá, conversa, toca, essa paciente melhora muito e, principalmente quando você explica o que é que está acontecendo com ela, o que é que vai ser feito, e fica mais tranquila. (E15).*

Quando há aproximação entre os envolvidos no processo de cuidar os dados subjetivos são percebidos e detectados, mesmo que de forma insipiente. Uma vez detectado algum aspecto da subjetividade dos usuários podem ter angústias e insatisfações minimizados ou resolvidos. A capacidade de olhar os sujeitos nas suas diversas dimensões não é uma atividade fácil, faz-se necessário vê-lo como um ser individual, haja vista que estes são construídos socialmente e historicamente, tornando-se fundamental centrá-lo nas práticas de saúde.

Assim, pensar em transformação é considerar a potencialidade dos sujeitos, a historicidade dos processos de trabalho e os polissêmicos sentidos e significados no modo de cuidar das pessoas e produzir saúde (ASSIS; NASCIMENTO; LIMA et al., 2010).

No depoimento que se segue houve a revelação de ambiguidade de sentimentos. Em alguns momentos do internamento, na tentativa de minimizar o sofrimento vivenciado ou em agradecimento à atenção recebida, as mulheres têm sentimentos diversos, conforme revelam as falas:

*Eu acho que tem pacientes que se sentem muito agradecidas quando você cuida, tem pacientes que estão revoltadas por estar ali e pela assistência que acha que deveria ser melhor. Elas sentem que poderiam ter mais atenção, elas cobram às vezes por mais atenção, e eu concordo [...]. (E9).*

*Umhas revoltadas porque estão internadas [...] outras acham que estão bem aqui porque estão passando por uma fase temporária, enquanto o menino está internado ou elas mesmo. (E11).*

Nesse depoimento, a seguir detectamos uma divergência entre as demais. Na percepção da enfermeira investigada, as mulheres se sentem bem e desejam retornar.

*[...] no hospital, de uma certa forma, eu acho que elas se sentem bem. Eu acho que aqui o cuidado é diferenciado pelas colegas de uma forma geral [...]. (E5).*

*Porque isso é notório até na falas das pacientes, ah que eu fui bem tratada, ah eu quero ter meu filho de novo na maternidade escola, né? (E5).*

A fala revela a importância do papel do enfermeiro no cuidar, da sua atuação junto às mulheres no processo de cuidar na instituição hospitalar. Refiro à necessidade da assistência individualizada, de uma conversa, o ouvir mais as pacientes, mesmo com atribuições no setor; isso porque, de acordo com a entrevistada, as mulheres sentem falta de uma maior presença, de uma maior atividade junto a elas. De acordo com o depoimento, as mulheres se sentem bem quando bem tratadas; os enfermeiros se sentem recompensados.

A integralidade do cuidado favorece uma multidirecionalidade nas abordagens empreendidas. As ações convergem na busca de dar ao indivíduo uma plenitude de soluções capazes de torná-lo ativo, digno e livre (GOMES; PINHEIRO, 2005).

*E, assim, eu vejo o papel da enfermeira como um fator muito importante pra ela, que nesse momento, nós, de alguma forma, é que estamos lá pra preencher essas, preencher, tirar, ajudar nessas dúvidas. Porque, ela, talvez a gente seja o único, um apoio pra elas dentro do hospital. A gente tem que se mostrar como essa âncora para ela dentro do hospital [...]. (E3).*

*[...] eu fico até penalizada com as situações que a gente vive na unidade. (E6).*

*Eu acho que ela se sente bem melhor [...] quando a gente cuida vê algumas recompensas [...] então é prazeroso cuidar; a paciente passa a lhe conhecer, se ela está alguns dias a mais no hospital ela lhe conhece [...] toda vida que ela cruza no corredor ela diz: oi, oi, como é que vai, como é que vai a senhora, quando meu neném pode sair do berçário, da incubadora. Eu vou trazer pra mostrar a vocês. Então eu acho que é recompensa de um trabalho feito, de um modo geral. (E12).*

*[...] quando a enfermeira, ela realmente chega junto à paciente, ela conversa, a escuta ativa, a paciente se sente mais segura. (E15).*

As ações dos enfermeiros são ações são microestruturais, porém são desarticuladas dos dispositivos que permeiam a integralidade do cuidado. Mesmo assim, a enfermagem busca trabalhar numa perspectiva humanística ao produzir o cuidado, tentando fortalecer a atenção ao ser que é cuidado e favorecer o acolhimento, o vínculo e a escuta, minimizando empecilhos à produção do cuidado, como a fragmentação do cuidado. As ações dos enfermeiros estão, mesmo que de forma não intencional, indo em direção ao cuidado integral, já que a enfermagem é a profissão que está mais próxima do cuidado com a interação.

#### 4.1.3.2 Concepção de cuidado para os enfermeiros

Na área da saúde, a expressão cuidado tem sido empregada em diversos sentidos, que abrangem desde sua contraposição ao curar até a proposta ética. O profissional cuidadoso (que se move pela ética do cuidado) vai ao encontro do outro com vistas a criar laços de confiança e vínculo para acompanhar a pessoa de quem está cuidando. E o faz prazerosamente, observando sua singularidade, identificando seus recursos, internos e sociais, e procurando com ela a via que faça sentido na sua situação e para seu projeto de vida, a fim de promover sua saúde, qualidade de vida e expressão autonômica (ZOBOLI, 2007). Ao perguntar aos enfermeiros como concebiam o cuidado, as respostas foram de várias formas, como se mostra a seguir.

*Cuidado é estar do lado do paciente [...] e assim é prestar alguma assistência, é ver o paciente como um todo, não somente na sua doença, é ver como um todo [...] parte psicológica dela, é tudo, como um todo [...]. (E1).*

*[...] é prestar uma assistência total a esse paciente, uma assistência globalizada, buscando satisfazer todas as necessidades, mais do que isso ele é uma coisa mais ampla do que a parte técnica, o cuidado é mais do que isso. Ele é uma coisa mais ampla [...]. (E2).*

*Cuidar é dar assistência. É você ver a necessidade da paciente. Eu acho que é isso, é dar assistência. Prestar assistência. (E4).*

*É atender, na medida do possível. É prestar uma assistência ao cliente. (E11).*

*Cuidado, a gente fica pensando, refletindo, pensando. E cuidar, cuidado é a essência da nossa profissão [...] às vezes agente fica se questionando o que é esse cuidar. Eu acho que cuidar é proporcionar a essa mulher uma melhor assistência que seja livre de danos, que seja uma assistência individualizada, pensada não somente no biológico, mas no aspecto psicológico, no aspecto mental dela, espiritual. (E13).*

O significado de cuidado foi definido pelos enfermeiros das unidades de internamento da MEAC a partir de diversas conotações. Caracterizado como uma ação, uma prática ampla, difícil de ser definida, que envolve as mulheres como um todo; abrange atividades como banho, higienização, conforto, ambiente saudável, mas as supera. É identificar as usuárias que estão internadas pelo nome; identificar o risco que as mulheres apresentam; identificar as possíveis complicações e ficar vigilante para prevenir e ou minimizá-las. É estar alerta para não perder a paciente e o conceito, já que o processo de perda é danoso para todos os envolvidos no processo de cuidar.

Na compreensão dos enfermeiros entrevistadas, o cuidado tem como objetivo o usuário, o ser que recebe essa ação; é um *feed-back* entre a necessidade do que está sendo cuidado e o que o profissional pode ofertar. A dimensão técnica foi citada, mas não super valorizada como expressão do cuidar; perceberam o cuidado como uma ação subjetiva que decorre de um contato prévio com a mulher. Nesse sentido, para os enfermeiros, o cuidado envolve a paciente em toda a sua dimensão, seja ela física, psicológica ou social, conforme as falas a seguir:

*Cuidado eu definiria como [...] é você deixar o paciente bem, é propor o bem-estar da paciente [...] da cliente que eu estou cuidando [...] tanto fisicamente como psicologicamente e até mesmo social, porque às vezes a gente, como enfermeira, tem que intervir nisso aí também, pra poder a gente ver ela como um todo [...] orientação [...] Então isso aí já vai puxando muitas coisas pra além do próprio só do cuidar [...]. (E8).*

*O cuidado de enfermagem é prática que o enfermeiro exerce, de acordo com as respostas humanas daquelas pessoas da sua clínica, de acordo com as respostas humanas de cada pessoa, então é direcionado o cuidado. Então o cuidado é o fazer, é ação, é o aqui e agora que a gente atende as necessidades, que são as coisas prioritárias manifestadas, as respostas humanas dessas pessoas que a gente cuida [...] Faz parte do cuidado, faz parte do cuidado saber identificar dentre essas pessoas, essas mulheres gestante ou puerpera que estão internadas, qual delas apresenta maior risco de uma complicação, pra você ficar de olho, vigilante, pra prevenir esses riscos e ou minimizar, ficar alerta porque, caso você não fique alerta, você pode perder a paciente e o conceito, e isso aí pra gente é bastante danoso. (E14).*

Cuidar não é só uma atividade de assistência, é uma proposta ética. É interagir com o outro. Gera laços de confiança, vínculo e conseqüente acompanhamento de quem está sendo cuidado. As características pessoais devem ser observadas e respeitadas. Como ação integral é atender às pessoas sem ignorar suas fragilidades. Valoriza a comunicação e a resolução de conflitos pacificamente, sem regras pré-estabelecidas dos envolvidos (ZOBOLI, 2007).

A ideia de cuidado, no plano mais completo de práticas de saúde, é a de que cuidar de alguém é mais do que construir um objeto e intervir sobre ele, sendo que a atitude

de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde (AYRES, 2000).

Pinheiro (2007) defende aqui que o tema do cuidado em saúde é uma rede de como saber-fazer, que não se trata apenas de aspectos técnicos, mas estéticos e éticos – e, por tudo isso, político.

Na visão dos enfermeiros, cuidado define-se como:

*O cuidado é exatamente o feed-back entre aquele que está precisando, a necessidade do que está precisando e o que é que o profissional pode ofertar a ele. (E15).*

*Eu acho que o cuidado é uma terapêutica [...] tudo eu acho que vai a partir do cuidado, como você lida com essas pessoas, cuidado interno está muito junto [...] de ter melhor, de querer o melhor para aquela pessoa que está do seu lado, é uma relação de ajuda. É uma relação de esperança, né? Eu vejo o cuidado como uma prática mesmo de ajuda, de pensar o melhor para aquele ser que está diante de mim. (E3).*

*O cuidado é zelo. É zelo. Eu acho que o cuidado é o zelar pelo meu paciente, é tanto que eu digo assim, eu encho minha boca, o meu paciente. Então, enquanto eu tou ali com ele eu zelo por ele, como eu gostaria que alguém zelasse por mim. Então é a minha responsabilidade, então é zelo. (E5).*

Nesse sentido, as falas revelam as diversas formas de cuidar, e não há super valorização da técnica como expressão do cuidar. Expressaram conhecer a necessidade e preocuparem-se com a utilização do cuidar, inclusive as que envolvem as tecnologias leves, como o olhar, o toque e a escuta.

*[...] Eu acho que é difícil você definir o cuidado com uma palavra só, mas eu acho que cuidado é dedicação, é você estar presente naquele, junto àquela paciente, você está verdadeiramente com aquele outro ser humano precisando da sua ajuda, é ouvir atentamente aquela paciente, é o olhar, é o toque [...] essa interação. O cuidado eu acho que envolve um pouco de tudo isso [...]. (E9).*

Ao exercer o cuidado, movido pela ética do cuidar, o profissional deve ir ao encontro do outro com vistas a criar laços de confiança e vínculo para acompanhar a pessoa de quem está cuidando. Deve fazer observando a singularidade das pessoas, identificando seus recursos internos e sociais, procurando o caminho que faça sentido para a sua situação e para seu projeto de vida, a fim de promover sua saúde, qualidade de vida e expressão autônoma (ZOBOLI, 2007).

Segundo Merhy (1997) a tecnologia está além das ferramentas, máquinas disponíveis para auxiliarem nas intervenções assistenciais. Ou seja, nós, trabalhadores de saúde, podemos dispor e mobilizar intensamente o conhecimento sobre a forma de saberes

profissionais bem estruturados, como as diversas clínicas (do médico, do dentista e outros saberes). A tecnologia estará sempre disponível em nossas relações (tecnologias leves), acompanhadas das ferramentas leves-dura (os saberes) e de tecnologias duras (equipamentos e maquinário) nas diversas relações estabelecidas com o usuário, construindo, assim, momentos importantes que poderão produzir contratos de responsabilização, confiabilidade, relações de vínculo e acolhimento.

Na indagação de como percebiam o cuidado na prática, os enfermeiros entrevistados afirmaram que a assistência prestada poderia ser melhor. Reconhecem que a assistência sofre influência da demanda e da rotatividade de pacientes, como também dos serviços burocráticos inseridos no processo de trabalho dos enfermeiros, concomitantemente com a execução do cuidado.

Percebemos, pelas falas, que esse episódio está relacionado a fatores limitantes do cuidado e não por falta de compromisso, conhecimento ou vontade das mesmas em executá-lo de forma integral. Ao justificarem suas respostas sobre a prática do cuidado como insatisfatória, ou como uma atividade que necessite de melhoras, elas se remetem ao elevado número e alta rotatividade de usuários com conseqüente sobrecarga de trabalho; à execução de atividades burocráticas em detrimento à assistência direta à paciente; necessidade de mais de um emprego para sustento pessoal; carga horária de trabalho elevada; dimensionamento de pessoal inadequado no contexto hospitalar; dificuldades que emergem no dia-a-dia como o fato do cuidado ou da assistência prestada ser deficiente, ou não ser da forma que elas acham que deveria ser ou gostariam que fosse.

Merhy (2002) percebe que, no mundo do trabalho em saúde, no encontro do trabalhador com o objeto da sua intervenção (usuário, paciente, cliente), a produção se dá no instante em que é consumido o que ele denomina de trabalho vivo em ato, e essa dimensão tecnológica ele denomina de tecnologia leve ou relacional.

Por sua vez, a reestruturação produtiva e a incorporação de tecnologias leves mediadoras do cuidado não podem depender da boa vontade de cada trabalhador ou do perfil/vocação de cada sujeito. A gestão precisa ser qualificada (projeto político implicado com o público) e a cultura organizacional (singularidades no processo de trabalho) precisa convergir para um projeto de reciprocidade de responsabilidades com a vida das pessoas. (SANTOS; KOCHERGIN; ASSIS et al., 2010).

Os dispositivos da integralidade se estabelecem por meio das relações onde o vínculo, acolhimento, autonomia, responsabilização e resolubilidade estão diretamente envolvidos no processo de cuidar (MATTOS, 2006).

Para se conseguir gerar um cuidado baseado nos preceitos das tecnologias leves ou relacionais e da integralidade, todos os envolvidos com cuidado devem ser responsáveis e participativos. As instituições e seus projetos devem envolver profissionais e pacientes. As decisões devem incluí-los.

*Olha [...] às vezes por mais que você tente, ter um certo cuidado mais eficiente, [...] uma coisa mais direcionada ao paciente, se torna difícil pra mim, pra mim enfermeira, por exemplo, em determinados locais, por exemplo 1º andar, muitas vezes num dá pra você prestar um cuidado ao paciente, fica muito difícil por conta da demanda de pacientes, por conta do [...] é muita rotatividade e às vezes num dá, você tem que se preocupar com a parte burocrática ao mesmo tempo, e às vezes fica assim, muito a desejar [...] num sei, assim [...] às vezes eu me sinto inútil diante dessas pacientes, sabia? (E1).*

Visualizamos de forma explícita que esses fatores geram sentimentos de impotência, pois a atividade executada fica a desejar.

*Eu acho que muitas vezes, assim, fica muito a desejar, eu acho que poderia melhorar mais um pouquinho, entendeu? Por que, assim, tem coisas que por mais que você tente dar aquela assistência, mas você sempre fica uma coisa que você deixa de fazer, como no caso daquela paciente que tava febril. Eu podia ter orientado a ela pra ela se levantar tomar um banho e tudo, quer dizer, eu passei e nem me alertei pra isso [...] se a gente ganhasse mais pra trabalhar menos, num só local de trabalho, porque a gente num sairia de um local pra outro tão cansada, que você já chega tão estressado, passa um dia todo trabalhando e na hora de chegar pra trabalhar a noite em outro local, você fica muito a desejar, até mesmo pelo seu próprio cansaço. (E4).*

Essa fala reproduz a ideia de singularidade de cada trabalhador. Os enfermeiros são submetidos a uma mesma regulação institucional das suas práticas de cuidado, mas cada um tem seu modo próprio de operar no mundo do trabalho, fazendo diferente, diversificando a prática.

*Na verdade eu acho que as enfermeiras da MEAC, elas são consideradas umas heroínas, porque nós trabalhamos!!! Se dependesse só da nossa vontade era uma coisa, mas nós trabalhamos com diversas dificuldades e nós conseguimos superar todas, e em momento algum houve alguma falha, se houver alguma falha por parte da enfermagem é muito rara. Então eu acho que nós somos heróis, heroínas. (E15).*

Os enfermeiros das unidades de internamento da MEAC classificaram o cuidado prestado como bom. Acreditamos que os relatos ocorreram devido à liberdade que existe no agir em saúde, como também por haver contradições que revelam estranhamento na atenção à saúde, já que o cuidado depende da ação de cada ser que o executa.

Segundo Franco, Bueno e Merhy (2009), fazer diferente, mesmo às vezes contrariando o que está formalmente estabelecido, é abrir linha de frente, é diversificar a prática; como processo de trabalho é autogoverno, isso é plenamente viável no cenário de uma equipe de Saúde.

O sentir falta de um norte, de normas, rotinas ou de sistematização mostra a produção do cuidado marcada por um modelo tecnoassistencial centrado em procedimentos.

*Olha, assim [...] no nosso serviço, infelizmente eu penso que nós não temos uma sistematização da assistência, viu? Cada pessoa faz o seu cuidado do jeito que ela acha que é o melhor, eu presto cuidado do jeito que eu acho que eu tou dando o melhor, mas aqui na nossa prática nós não temos uma sistematização, normas, rotinas, a gente faz [...] o que eu acho que no meu plantão [...] essa é a melhor direção e sigo essa direção como eu aprendi né, mas que não tem. Eu sinto falta disso, de um norte, mas a gente não tem sistematização aqui. (E3).*

Ao se comprometer com a construção do SUS e se responsabilizar pela saúde dos usuários, os envolvidos nesses processos devem buscar a resolubilidade mediante a produção de novas tecnologias para o cuidado, por meio de ruptura de práticas biomédicas do sistema, com o objetivo de produzir uma atenção à saúde de qualidade (NASCIMENTO et al., 2010).

Segundo Campos (2003), há que superar os limites, desde trabalhar com a qualificação e responsabilização da equipe e dos gestores, até a corresponsabilização dos cidadãos, com uma prática dialógica e flexível às demandas/necessidades dos usuários.

O debate de normas sempre se faz presente nas práticas de cuidado, num processo no qual se efetiva um interjogo de saberes e fazeres, implicando escolhas, pois ao trabalhar são agenciadas dramáticas do uso de si, que se expressam numa luta entre o uso de si pelos outros (organização, organogramas, hierarquias, códigos corporativos, produtividade, índices) e uso de si por si, nas singularizações e invenções dessas normas. Entretanto, não se trata de negar o componente de expropriação presente no trabalho, nem afirmar que o trabalho seja puramente inventivo, mas de afirmá-lo como um drama, exatamente por que a prática de cuidado, como atividade industrial, se constitui nesse íterim. O trabalhador vive um drama que os atravessa em suas singularizações, sempre coletivas, negociadas com outros dramas, compostas com outras dimensões diretamente envolvidas pelas renormalizações nos/dos processos de trabalho (BARROS, 2007, p. 76).

As diferentes formas de cuidar praticadas pelo enfermeiro estão previstas, e ao exercê-las, cada um vivencia as normas antecedentes (próprias de cada hierarquia das profissões, compartilhadas com outros da mesma categoria profissional), em função de como realizar a ação, ao mesmo tempo rotineira e nova, disparando dramas com sentidos em suas histórias de vida e em seus valores, criando uma falta de anonimato de cada fazer. Cada

atividade, necessariamente renormatizada, singularizada, vai necessitar de um terreno coletivo que lhe atribua novas significações (LOUZADA, BONALDI; BARROS, 2007).

#### 4.1.3.3 Como se sente cuidando

Quanto ao desenvolvimento do cuidado os enfermeiros revelaram, nos seus depoimentos, se sentem muito bem ao prestar cuidado a pacientes que vivenciam o internamento. Contudo, há enfermeiro que considera o desenvolvimento do cuidado uma responsabilidade muito grande. Nesse sentido, uma das entrevistadas sente-se como responsável direta na prestação do cuidado.

*[...] eu me sinto bem [...]. (E1, E2, E4, E8, E9, E12)*

*Eu tenho o maior prazer em fazer isso, em ajudar esses pacientes, em ajudar essa mulher, tudo que elas precisarem, se tiver ao meu alcance, a gente faz, né? Então, assim, a gente dá uma de psicóloga, de nutricionista, de assistente social, a enfermeira faz tudo, não é? Ela faz tudo [...]. (E2).*

Ao desenvolver o cuidado, existe uma troca entre quem executa e quem o recebe, onde ambos são beneficiados. Nesse sentido, as falas comprovam a existência dessa relação de reciprocidade.

*Eu me acho, assim, importante nesse momento [...]. (E3).*

*[...] porque eu gosto, eu faço porque eu gosto, eu trabalho, eu gosto da profissão, eu gosto de prestar assistência. (E4).*

*Eu gosto, eu gosto de prestar assistência [...] Então é prazeroso cuidar [...]. (E12).*

*[...] se envolver tanto com o paciente [...]. (E5).*

*[...] Agora, no cuidado, eu acho assim que eu, eu às vezes me sinto um responsável direto [...]. (E6).*

*Eu me sinto super bem, dando assistência, fazendo alguma coisa, por exemplo, essas pacientes que estão aqui, necessitando dos nossos cuidados, e, assim, porque aqui a maioria são pacientes carentes, que a gente vê que ela tem carência do cuidado e carência psicológica, e até social também. (E8).*

*[...] E, assim, a gente se satisfaz quando atende [...]. (E11).*

O enfermeiro se sente bem executando, cuidando, realizando uma assistência direta, acreditamos ser o momento de vínculo, escuta e interação entre os envolvidos no processo de cuidar. No entanto, há necessidade de ressaltarmos depoimentos que demonstraram ambiguidade de sentimento, vivenciado durante situações difíceis.

*[...] se eu tiver condição de dar uma assistência realmente, é muito bom, eu me sinto realizada, só que muitas vezes eu me sinto frustrada também porque eu não consigo, porque às vezes eu não consigo, às vezes é difícil, às vezes você passa numa enfermaria, o paciente lhe chama e você num tem nem como ir realmente prestar um cuidado como ela merece, é às vezes você tem que passar, tem que correr [...] tem que [...] aí fica difícil. (E1).*

*[...] Assim, eu gosto muito dessa parte, da parte da assistência em si. Infelizmente eu não tenho tempo assim. Não é questão de tempo, que tempo a gente sempre dá. Eu não posso me dedicar exclusivamente a isso [...]. (E9).*

Os enfermeiros sentem-se penalizados pela questão do tempo, que é pequeno quando relacionado com os afazeres gerando preocupações. Segundo Ferreira (2008, p. 1386) “preocupação é a ideia fixa antecipada que perturba o espírito a ponto de produzir sofrimento moral”. O enfermeiro, frequentemente, vem sendo utilizado como profissional que absorve encargos não próprios a sua profissão. Quando desenvolvem um cuidado condizente com o que a usuária deve receber sentem-se realizadas. Percebemos essa forma de trabalho como fragmentado, visa apenas os afazeres, não dá a importância devida ao usuário, que é a razão dessa prática.

Para tentar desenvolver a prática da integralidade do cuidado ou alguns de seus elementos, o enfermeiro deve estar qualificado e capacitado; a instituição deve estar envolvida. Atualmente, a vivência imposta pelo sistema com diversos e variados afazeres para um reduzido número de enfermeiros impede o cuidado direto e a interação com pacientes e acompanhantes.

*Eu acho uma responsabilidade muito grande [...]. (E13).*

Observamos uma ampla variação no desenvolvimento do cuidado, sendo essas caracterizadas pela percepção individual de cada enfermeiro, a partir da visão de mundo de cada uma, como também pelas peculiaridades inerentes a cada turno de trabalho.

Segundo Zoboli (2007), cuidar não é só uma atividade de assistência, é uma proposta ética. É interagir com o outro. Gerar laços de confiança, vínculo e conseqüente acompanhamento de quem está sendo cuidado. As características pessoais devem ser observadas e respeitadas. Como ação integral é atender as pessoas sem ignorar suas fragilidades. Valoriza a comunicação e a resolução de conflitos pacificamente, sem regras pré-estabelecidas dos envolvidos.

O cuidado como dimensão redentora da presença propriamente humana nos modelos assistenciais é essencial para a resistência ao seu controle economicista. A noção

de cuidado, na proporção da preocupação com a promoção do bem-estar, vai além da correção de distúrbios, pode carrear, para a assistência, as mais legítimas aspirações por saúde de indivíduos e populações (AYRES, 2000).

No campo das práticas em saúde integral, mais especificamente nas relações estabelecidas no processo de trabalho das equipes, as tecnologias são compreendidas como um conjunto de saberes e instrumentos que expressam, nos processos de produção dos serviços, a rede de relações sociais que é constituída não apenas pelo saber, mas também por seus desdobramentos materiais e não materiais (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Como nos indica essa autora, uma atividade afastada ou inibida não está ausente nas situações de trabalho. As práticas de cuidado colocadas em ação pelo enfermeiro retratam a questão da organização do trabalho, problematizam as prescrições instituídas. Nas práticas de cuidado, o que a viabiliza não é intrínseco ao objeto do trabalho, ao sujeito-trabalhador, nem mesmo aos demais trabalhadores, mas, sim, o que se dá entre eles e que não cessa de ser gestado no curso da atividade (BARROS, 2007).

#### 4.1.3.4 Dificuldades enfrentadas

Ao percorrer a produção do cuidado, algumas dificuldades se apresentam como determinantes operacionais para a efetiva realização das atividades propostas na atenção à mulheres que vivenciam o internamento.

*[...] se dependesse só da nossa vontade era uma coisa, mas nós trabalhamos com diversas dificuldades [...]. (E15).*

As dificuldades referidas foram principalmente relacionadas ao dimensionamento de pessoal, como fator que dificulta a realização do cuidado. Referem que a equipe necessita de um melhor preparo para realizar o cuidado de forma efetiva, utilizando os indicativos que sejam condizentes com uma atenção humanizada e centrada nas mulheres.

*No ramo de [...] pessoal, no caso, enfermeiras, tinha que ser maior, tinha que ser de acordo com o número de leitos pra cada enfermeira [...] Aqui fica difícil ter uma assistência realmente como ela deveria ser, é difícil, não vou dizer que não é difícil, porque, realmente, é muito difícil. (E1).*

*Que o nosso dimensionamento de pessoal seja coerente [...]. (E9).*

*[...] A gente fica inserido num contexto hospitalar que é massacrante para o profissional enfermeiro, né? Você prestar assistência, como é que você cuida de 70 mulheres fora os RN com um enfermeiro? É inviável [...]. (E13).*

Pensar em dificuldade nos remete à questão de responsabilidade e de compromisso. Os enfermeiros desejam ter relações próximas que não sejam impessoais com as usuárias, querem executar um cuidado comprometido com as usuárias, consigo e com a instituição.

No decorrer da institucionalização da enfermagem ocorre, historicamente, a conformação de um saber técnico específico da área. A primeira forma organizada do saber na enfermagem é constituída pelas técnicas de enfermagem, posteriormente pela sistematização dos princípios científicos que as fundamentam e mais recentemente pela busca da construção de teorias (ALMEIDA; ROCHA, 1986). Este saber técnico guarda uma relação recíproca com as ações de enfermagem e, em conjunto, no exercício cotidiano do trabalho, constitui o cuidado de enfermagem como objeto de trabalho.

No entanto, a divisão social do trabalho, que deu origem a diferentes categorias profissionais na área de enfermagem, não permite definir um único e equivalente processo de trabalho para todos os seus agentes, tendo sido assinalado, anteriormente, o corte instalado entre cuidado direto e cuidado indireto. O primeiro, a cargo majoritariamente do pessoal de enfermagem de nível médio e de nível básico profissionalizante; o segundo, que envolve atividades de planejamento, organização, supervisão e avaliação do cuidado, sob a responsabilidade do enfermeiro.

Há uma divisão social do trabalho na equipe de enfermagem, e as atividades realizadas pelo auxiliar de enfermagem no cuidado são: medicação; punção venosa; alimentação; controle da ingestão hídrica, da diurese e das eliminações; arrumação dos leitos; verificação de sinais vitais e peso; verificação de saturação; reposição de materiais; banho e escovação de dentes; encaminhamento para exames.

*[...] principalmente a parte de nível médio [...] é um cuidado mais mecânico, mais aquela prática que esquece muito essa outra parte. Eu acho que o cuidado [...] é fazer melhor, é tentar melhorar mais, é estudar mais, aumentar os conhecimentos [...]. (E2).*

*[...] passa um dia todo trabalhando e na hora de chegar pra trabalhar a noite em outro local você fica muito a desejar, até mesmo pelo seu próprio cansaço [...] Eu acho que todo profissional da área de saúde deveria trabalhar só num local, só um hospital, ter uma jornada menor de trabalho. Eu acho que isso aí melhoraria mais a assistência. (E4).*

O termo “assistência” refere-se à modelo assistencialista, um modelo pautado no modelo tradicional de saúde, biomédico ou médico-centrado, que dá ênfase à patologia das pessoas que procuram os serviços médicos e a cura. Não veem as pessoas como um todo. Visualizam e dão importância apenas à parte que apresenta uma patologia ou anormalidade.

*Que as condições, tanto ambiental [...] estrutural mesmo das unidades, dando maior privacidade às pacientes. A questão de material, de equipamento deixam a desejar, às vezes você pode prestar uma melhor assistência você tendo um melhor equipamento e às vezes falta, demora na chegada desse material, dessa medicação, desse equipamento, isso atrapalha nosso serviço, né? A climatização [...]. (E9).*

*[...] É mais, assim, a parte de estrutura, material, que a gente não tem, não tem condições no momento [...]. (E11).*

*[...] Eu faço o melhor que eu posso [...] Eu acho que eu tento fazer, às vezes num faço porque não depende só da gente. A prestação, a assistência num depende só de você. A conduta que não foi tomada ou que deixou de ser tomada interfere na sua assistência. (E12).*

Ao serem indagadas como veem a assistência de enfermagem da instituição, um dos discursos das entrevistadas diverge para o fato de que na percepção dela a assistência é boa. Os demais enfermeiros, nas suas falas, acham que deve melhorar. Está implícita em uma das falas a falta de autonomia do enfermeiro, pois ela relata que se dependesse só da vontade dos enfermeiros, a assistência como um todo seria diferente, já que os enfermeiros superam as dificuldades inerentes às atividades específicas.

## 4.2 O PROCESSO DE CUIDADO NA VISÃO DO ACOMPANHANTE E SUA INTERLOCUÇÃO COM O USUÁRIO

O contexto em que ocorre a prática de saúde a mulheres que vivenciam o internamento se define dentro do processo da produção do cuidado. Os atores se apresentam em uma arena única, isto é, não existe arena diversificada. O trabalho exercido com elas é unicamente assistencialista e curativo. Na execução das ações de saúde torna claro a necessidade de relações e atitudes na direção da integralidade do cuidado. Na visão das acompanhantes, a assistência prestada é avaliada de um modo contraditório; qualificam como boa, porém, no decorrer dos discursos, emergiram situações-problema que envolvem as mulheres, os enfermeiros e as acompanhantes. Na perspectiva da integralidade do cuidado, esses pontos de conflito deveriam ser mínimos e não ter grandes repercussões.

### 4.2.1 Visão do acompanhante sobre a assistência prestada ao usuário que ele acompanha

Ao cuidar, o enfermeiro vê a mulher hospitalizada como um ser complexo, que possui necessidades biológicas, econômicas e sociais, e que se encontra fragilizada pela doença ou pelo fato de estar inserida no contexto hospitalar, bem diversificado do contexto vivenciado

por ela no cotidiano. Porém, essas mulheres mantêm sua individualidade, e na maioria das vezes são capazes de decidir e/ou opinar sobre o cuidado a ser prestado. Os enfermeiros devem estar sensibilizados para perceber essa individualidade e as necessidades de cada uma, facilitando assim seu processo de recuperação, diminuindo o tempo da internação.

Por meio do grupo focal em que reuniu 13 (treze) acompanhantes de mulheres que vivenciavam o internamento, sendo possível fazer indagações acerca de como estavam recebendo a assistência prestada nas unidades de internação as acompanhantes qualificam o trabalho da instituição como bom, pois elas tiveram seus filhos, netos e bisnetos na instituição.

É um local de referência do Estado no nível terciário, de atenção à saúde da mulher, por esse motivo recebe muitas pacientes do interior. Completam referindo que o ser bom é subjetivo, pois pode ser bom para umas pessoas e para outras não. Sentiram-se acolhidas, diferenciaram os diversos profissionais, buscaram informações em outro setor (neonatologia) e foram bem atendidas, embora não gostem dos limites impostos, respeitam e obedecem. As falas revelam:

*[...] já precisei daqui, em 85 eu tive um filho, aqui eu num tinha muito experiência não, e isso já está com 25 anos, né? E foi muito bom e continua, minha filha já ganhou neném aqui, minha nora, e elas nunca chegaram daqui reclamando, foram atendida e fui bem atendida, há 25 anos atrás. E agora com minhas netas, com meus filhos. Muito bom, só num posso dizer agora que tudo é bom, que pode ser bom pra uns e pode não ser pro outros [...]. (A1).*

*Quando eu estive aqui foi ótimo, porque era num sábado e o domingo até 6h20, foi ótimo. Elas tratam a gente muito bem, é um acolhimento, mesmo. Tanto no quadro dos profissionais da área de enfermagem quanto os profissionais da área de limpeza [...] a assistente social vem atrás da gente [...] Elas tratam agente muito bem, é um acolhimento mesmo. (A1).*

*Pois eu já aperreei uma dez vezes lá, e por todas elas eu fui muito bem atendida [...] eu ainda briguei com ela e perguntei porque a avó não tem direito de ver o netinho e ela disse: não pode filha. Eu fui muito bem atendida, não tenho do que me queixar [...] as enfermeiras estão sempre do lado [...] eu fui lá no berçário lá, atrás do bebê [...] e aí ela veio bem carinhosa, com o bebê, graças a Deus. (A3).*

*[...] não faltou nada, né? Quando elas estavam doente elas vinham, né? Sobre alimentação foi tudo bom também, os medicamentos que ela estava tomando, hoje estava com um mês que estava tomando o medicamento. (A8).*

*[...] está sendo bem atendida pelos médicos, enfermeiros, num tenho nada negativo, assim, de falar de ninguém [...]. (A12).*

Apontaram mudanças positivas ocorridas ao longo dos anos no cuidar executado pela equipe de enfermagem da MEAC. Percebemos que a integralidade do cuidado não é realizada nessa instituição, porém há, em alguns profissionais, ou na política interna da instituição, um direcionamento para a humanização em saúde.

Para Ayres (2005, p. 550), a Humanização consiste em: “[...] um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum”.

Um dos elementos da Humanização é o acolhimento, quando este se dá em Rede de Conversações é entendido como

[...] o elemento que, de certa forma, conecta uma conversa à outra, interconecta os diferentes espaços de conversa. Em qualquer encontro trabalhador-usuário, em qualquer de nossas conversas, não cessamos de acolher novas possíveis demandas que, eventualmente, convidam o usuário a frequentar outros espaços, a entreter outras conversas (TEIXEIRA, 2003, p. 101).

O pensamento do autor concebe que “o foco do acolhimento está claramente posto na relação trabalhador-usuário que se dá nos serviços, para a qual se dirigem os mais fortes desejos de integração” (TEIXEIRA, 2003, p. 91). É nessa relação entre trabalhador e usuário que se faz necessária a prática da escuta atenta.

Na prática, a integralidade se expressa exatamente na capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento manifesto, que resultou na demanda espontânea, de um modo articulado à oferta relativa a ações ou procedimentos preventivos (MATTOS, 2004, p. 1413).

Isso significa dizer que:

[...] não se trata de simplesmente desenvolver protocolos ou rotinas capazes de identificar e oferecer ações preventivas não demandadas diretamente pelas pessoas que procuram os serviços de saúde. Há que se compreender o contexto específico de cada encontro entre membros da equipe de saúde e as pessoas. Há que se adotar uma postura que identifica, a partir do conhecimento técnico, as necessidades de prevenção e as assistenciais, e que seleciona as intervenções a serem ofertadas no contexto de cada encontro. (MATTOS, 2004, p. 1413).

Machado et al. (2007, p. 336) entendem:

[...] integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade, percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere.

Está implícita, nessa definição, que a integralidade não é apenas um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, mas uma conquista de cidadania.

*[...] só que há 6 anos atrás que eu tive aqui, ela não foi muito bem atendida, minha avó na época tinha 84 anos e devido isso, as brutalidades das pessoas e foi muito ruim [...] agora ela está com 87 anos e, desde a primeira vez que eu coloquei meus pés aqui, com a minha avó, no mesmo cantinho que eu vi há 6 anos atrás, eu vi assim um anjo de Deus, não são mais os mesmo, algumas pessoas são as mesmas pessoas que eu lembro, mas a equipe eu não lembro mais da mesma equipe, quer dizer são outras pessoas, essas pessoas agora são pessoas maravilhosas e a atenção, o cuidado que eles têm com minha avó foi, assim, maravilhoso [...] A diferença hoje é muito, muito grande. (A6).*

Houve, a partir do depoimento expresso, uma falta de comunicação entre a equipe de saúde da instituição, evidenciando falhas no cuidado executado. Demonstra que não há interação entre a equipe multidisciplinar. Caracteriza o cuidado como fragmentado, a falta de passagem de plantão, e o mais grave, a falta de interação e de aproximação com a paciente, pois se esse fato tivesse ocorrido, haveria conhecimento do estado atual de saúde da paciente.

Consideramos relevante realizar uma reflexão sobre a integralidade do cuidado ao cliente hospitalizado, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, sob o prisma do processo de comunicação.

Partimos da premissa de que a comunicação é um dos mais importantes aspectos do cuidado de enfermagem, que vislumbra uma melhor assistência ao cliente e à sua família, que estão vivenciando ansiedade e estresse decorrentes do processo de hospitalização, especialmente em caso de longos períodos de internação. Portanto, a comunicação é algo essencial para se estabelecer uma relação entre profissional, cliente e família. Vale salientar o depoimento desta acompanhante, que conta a situação de sua paciente e os cuidados específicos que ela precisava, e que percebeu que muitos dos profissionais desconheciam as necessidades básicas da mesma.

*[...] Devido ao fato dela ser paraplégica, ter se tornado paraplégica, né? [...] Eu acho que isso deveria constar na ficha médica dela, é uma informação pra lá de importante, porque o que ela precisa de cuidado é diferente, até por causa das escaras, depois que foram descobrir que ela é paraplégica foi que colocou a luva debaixo [...] dela que tá muito inchada, né? Esse tipo de cuidado que vai ter que ter. A sonda que vai ter que ficar o tempo todo nela que ela está com a sonda de alívio de 6/6 h, tudo isso, né? O fato dela não poder se levantar, eu mesmo vou comunicar a ela, agora tá pra uma cadeira, que ela está pesada demais. Tá entendendo? (A4).*

A referida usuária é paraplégica, que impossibilitada de deambular e necessitando de cuidados especiais como o cateterismo vesical de alívio intermitente, o fazia ser dependente de cuidados específicos de enfermagem, com maior grau de dependência. A isto, deveu-se a ocorrência de constrangimentos devido à dependência de cadeira de rodas, além da dependência para a higienização, amamentação, entre outras necessidades. A acompanhante relata o reconhecimento do despreparo de profissionais ao lidar com pacientes portadoras de necessidades especiais.

*Quer dizer, esses cuidados que ela deveria ter, então já passou por uma série de constrangimentos, já jogaram chinela pra ela calçar, e ela ficar espantada olhando pra cara do enfermeiro, sem saber, não pode calçar. Dobre as pernas minha filha! Aí acha que como se ela fosse preguiçosa ou se ela estivesse fazendo corpo mole. Então isso deveria constar na ficha do paciente, isso é uma informação muito importante, ela tem uma bala alojada nas costas [...] Quer dizer, é muito chato, é muito constrangedor, era uma informação que deveria estar [...] foi esse o total absurdo que eu achei daqui, porque não foram preparados os funcionários para tratar com uma paciente [...] eles estão totalmente despreparado para receber uma paciente com a deficiência dela [...]. (A4).*

Outra situação especial relatada foi o fato de uma paciente ser adolescente e estar na dependência do marido e da sogra para resolução de questões institucionais para permanecer acompanhando o RN que estava internado em outra unidade (neonatologia).

*[...] porque ela veio aqui comigo. [...] não viram que ela é uma adolescente, ela agora é que vai fazer 18 anos, mãe pela a 2ª vez, a primeira foi o maior sucesso, aí de repente este aí veio da maneira que chegou. Porque que não esperaram eu chegar, o marido chegar. Mas ela não sabe se defender [...]. (A1).*

*[...] Ou eu vou me comunicar e fazer já uma ponte e a assistente vai ter que aceitar ela ficar mais uns dias. Porque, pessoal, é tão bom jogar pela janela, a menina sair daqui e pra botar fora ela não sai porque ela não quer ficar longe do filho dela. Ela, embora esteja vendo o quadro, mas ela que está lá, embora ela não esteja amamentando, porque ainda não começou a se alimentar, mas serve pra outra criança. Hoje eu conversei com a assistente social e ela disse: Minha filha, mas é o regimento [...] Ela já deu uma solução, assim, vai conseguir mais uns dias, e depois desses dias? [...]. (A1).*

As atitudes citadas estão em desencontro ao que é buscado como necessidade de saúde. Cecílio e Matsumoto (2006, p. 46) afirmam que:

Curar alguém é sempre lutar pela ampliação do coeficiente de autonomia de certa pessoa e que objetivo de todo trabalho terapêutico é ampliar a capacidade de autonomia do paciente para melhorar o seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, das suas relações com o meio social e, em consequência, da capacidade de cada um instituir normas que ampliem as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida.

Corroboramos com Silva, Batistella e Gomes (2007) que a passividade do paciente é um entrave à cura, à prevenção e à promoção da saúde. A luta pela autonomia inclui a questão do autocuidado, constituindo-se como forma de combate à medicalização.

Nesse sentido, Cecílio e Matsumoto (2006, p. 47), referem:

o objetivo dos serviços de saúde seria a ampliação da capacidade de autonomia das pessoas. Para isso, deve-se compreender que a doença ou o risco de adoecer gera, nas instituições, um apoio de longo tempo para a construção desta autonomia, o paciente curado depende de uma combinação de técnicas de apoio individual, com outras de cunho social e cultural.

A autonomia implica a possibilidade de reconstrução pelos sujeitos, pelos sentidos que estes dão a sua vida e essa ressignificação teria uma importância efetiva no

modo de viver, incluindo-se aí a luta pela satisfação de suas necessidades de forma ampla (SILVA; BATISTELLA; GOMES, 2007).

No grupo focal perguntei as acompanhantes sua percepção acerca da assistência prestada a usuária que ela estava acompanhando; como se dava a relação da acompanhante com os profissionais; como estava sendo o relacionamento do enfermeiro com os acompanhantes.

As falas demonstraram que: as acompanhantes reportam-se às auxiliares e técnicas de enfermagem como “as meninas”. O contexto citado refere-se ao tratamento dado por essas profissionais às acompanhantes. As mesmas percebem que, dentre as auxiliares e técnicas de enfermagem que cuidam, umas são mais dedicadas que outras, e remetem esse fato à escolha profissional.

*As meninas estavam debatendo: ah que você pegou uma funcionária boa, e ah você pegou uma funcionária ruim. Eu acho que não existe essa questão de ser uma funcionária boa ou ruim, porque em todas as áreas existem as pessoas que se dedicam e existem as pessoas que estão ali porque precisam, então não fazem, não executam um bom trabalho devido, muitas vezes, até uma escolha errônea [...]. (A5).*

*E, assim, as meninas que são da enfermagem, elas dão toda a atenção à minha mãe, conversam, a gente até que meio ficou com uma relação de amizade. Porque assim eu vejo o cuidado que elas têm com minha mãe, como eu falei, não são todas, porque vai de pessoa pra pessoa. (A5).*

O trabalho da enfermagem é a prestação de cuidado, cuidado esse que deve ser exercido na perspectiva da integralidade do cuidado, e sob essa ótica, não podemos excluir esse tipo de cuidado das mulheres que vivenciam o internamento, pois com ele vislumbramos uma assistência de qualidade. Ao cuidar de alguém, o enfermeiro deve utilizar todos os seus sentidos para desenvolver uma visão global do processo, observando sistematicamente o ambiente e os clientes com o intuito de promover a melhor e mais segura assistência. No entanto, ao se deparar com as rotinas e procedimentos técnicos, o enfermeiro deixa de perceber importantes necessidades dos clientes (sentimentos, anseios, dúvidas). Porém, se visualizar os sentimentos, anseios, dúvidas o cuidado será prestado de forma mais abrangente e personalizado que inclua o cuidado subjetivo.

Segundo Villa, Mishima e Rocha (1997), a especificidade do trabalho do enfermeiro de dominar tecnicamente as ações de enfermagem, mas sem atuar diretamente na execução das mesmas, participando efetivamente de coordenação, supervisão e controle da produção é que não é compreendida e aceita por todos. Talvez, por tratar-se de uma lógica de trabalho não centrada no atendimento individual, e sim voltada para controle de atividades.

De acordo com Pereira et al. (2009, p. 80), “o processo de cuidar é uma prática que se dá na interação com o outro e que ressignifica, a cada momento, de acordo com a necessidade desse outro e dos instrumentos de que nós, enfermeiros, dispomos naquele instante.”

O cuidado dos enfermeiros na MEAC é burocrático e fragmentado. Os enfermeiros dirigem-se às mulheres no intuito de saber suas queixas e se estão precisando de alguma coisa naquele momento; quando dispõem de tempo fornecem algumas orientações e esclarecem dúvidas ao conversar com as mulheres e com os acompanhantes. Frequentemente, tentam envolver o acompanhante no processo de cuidar na tentativa de desmistificar algum conhecimento tido por elas como inadequado, comportando-se algumas vezes como detentoras do saber. As mulheres e suas acompanhantes possuem suas experiências e vivências que não podem ser desprezadas e sim aceitas culturalmente, desde que não interfiram de forma negativa no processo de saúde e de cuidar. Percebo certa distância entre os autores do processo de cuidar, que nesse estudo são a equipe de enfermagem, as mulheres e os acompanhantes. O contato existente fica na superficialidade, onde o enfermeiro se limita a minimizar queixas.

#### **4.2.2 Percepção do acompanhante sobre a relação com o enfermeiro**

De acordo com o relato das acompanhantes, a relação entre estas e os enfermeiros ocorre de forma harmônica. A partir dos discursos, percebemos que alguns enfermeiros não se apresentam, mas prestam um bom atendimento; minimizam ansiedades e angústias, orientam sobre o papel do acompanhante; conversam com as mulheres internadas e com as acompanhantes.

*[...] me tratam normal, simplesmente, entra, cumprimenta, boa noite, e aí entrou uma moça lá e fez um aconchego e tudo, ela eu não sei o que é que ela era porque ela não se apresentou, mas ela foi muito legal comigo, inclusive ela me ajudou muito, foi quem tirou aquela ansiedade que eu estava, de angústia. (A2).*

*[...] tem enfermeira que realmente, assim, é humana, são pessoas maravilhosas, eu não vou dizer o nome dela. (A6).*

A identificação dos profissionais que trabalham na MEAC é falha, poucos usam crachá, apesar de tê-lo. As pessoas que usam jaleco têm acesso livre, entram sem restrição em algumas das unidades hospitalares. O fato de ser um hospital escola com grande fluxo de alunos, professores e profissionais técnico-administrativos da instituição faz com que o controle de pessoas ditas como “profissionais” não seja efetivo.

Segundo Pantaleão (2010), o crachá é um cartão de identificação que tem por objetivo, justamente, identificar o funcionário que faz parte do quadro de empregados da instituição. Seu uso traz segurança para o próprio empregado, pois, em instituições que possuem um quadro muito grande de pessoal, o fato de uma pessoa estar ou não portando o crachá da empresa garantirá ou não o acesso dela a determinados setores ou a determinados ambientes da empresa. Isto possibilita que a empresa evite que pessoas estranhas e que tenham má intenção pratiquem atos contra os seus empregados ou contra a própria instituição.

Não obstante, para outros setores não previstos na NR-11, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) possibilita que o empregador se utilize de seu poder diretivo para estabelecer, por meio de políticas ou procedimentos internos, bem como de acordo ou convenção coletiva de trabalho, o uso obrigatório de crachá. Caso a instituição não estabeleça o uso do crachá pelos meios citados no parágrafo anterior, poderá fazê-lo, ainda, por meio de aditivo contratual, coletando, previamente, a assinatura de cada empregado, dando-lhe ciência da obrigatoriedade do uso (PANTALEÃO, 2010).

*Perguntou se eu era acompanhante, e eu disse sou acompanhante da minha nora, e aí ela foi lá na mesinha, perguntou quem era e eu disse que era acompanhante da minha nora, e saiu e só, mas não me disse quem era ela [...]. (A4).*

O controle de pertences do acompanhante é feito pelo funcionário da recepção, em conjunto com o serviço social. Essa atividade não é competência do enfermeiro, mas o enfermeiro frequentemente realiza, já que o referido setor tem horário de funcionamento restrito, funcionando apenas durante o dia. Vale salientar que admissões ocorrem ininterruptamente durante todos os dias da semana. No turno da noite, os enfermeiros tentam resolver os problemas próprios do serviço social, deixando muitas vezes de fazer atividades específicas da sua profissão.

*[...] deviam pelo menos deixar subir com as coisas mais importantes pra gente poder subir aqui, porque é complicado à noite pra nós, acompanhante, é complicado [...]. (A6).*

As acompanhantes têm condições intelectuais aparentemente baixas, algumas demonstram desconhecimento sobre seus direitos e deveres constitucionais enquanto cidadãs usuárias do SUS. Os princípios que regem os direitos dos usuários do SUS são: 1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde. 2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema. 3. Todo cidadão

tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação. 4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos. 5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada. 6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (BRASIL, 2007b).

*Até agora não entrou nenhuma, como diz o povo, com nenhuma má educação ainda não, todas elas já entrou legal [...]. (A4).*

*[...] hoje tá com 9 dias que eu estou aqui e graças a Deus e me trataram muito bem, elas não foram ignorantes e não tenho nada a dizer contra elas. [...]. (A7).*

*Eu também não tenho nada contra não [...] mas todas atende nós super bem [...]. (A9).*

*[...] Também, elas conversam com a gente, pergunta se a gente, como é que a gente estamos comendo e elas conversam [...]. (A9).*

*Assim, ela tanto conversa com a paciente quanto conversa com a gente [...] Elas sempre está passando as coisas não só pra elas, mas pra gente também [...]. (A10).*

*[...] elas sempre explicam as coisas diretinho que é pra gente ter como cuidar melhor. Elas estão ali, mas é assim, na hora que precisa, elas estão ali [...]. (A13).*

Os usuários do SUS frequentemente confundem os profissionais que fazem parte da equipe de enfermagem. Os papéis desempenhados pela equipe de enfermagem não favorecem a distinção entre seus membros. O enfermeiro perde o espaço social para auxiliares e técnicos, delegando a eles a execução do cuidado e ocupa-se com atividades gerenciais e burocráticas, dada a alta demanda de pacientes e afazeres outros da enfermagem.

*Elas brincam até com a gente? Faz brincadeira com a gente [...] são legais com a gente, não são ignorantes, porque tem muitas que são ignorantes com os acompanhantes, mas elas não [...]. (A8).*

*[...] perguntei e me respondeu bem, e até brincou [...]. (A13).*

*[...] ela chegou e orientou [...]. (A11).*

As acompanhantes, quando passam vários dias no cotidiano hospitalar, têm um ponto de vista formado dos profissionais que cuidam do seu familiar. Podem sofrer influências de outro internamento, em outra instituição, como também das experiências vivenciadas no internamento atual. A aproximação pode minimizar a diferença e a indiferença entre os envolvidos no processo de cuidar. O depoimento abaixo revela:

*Assim, a enfermeira [...] ela é muito atenciosa [...] Existe uma outra enfermeira que ela não é tão, eu cheguei lá indiferente mesmo, mas eu não sei se é o meu jeito de eu chegar, dar bom dia, boa tarde, e às vezes nem com todo mundo ela era um pouco mais arredo, mas comigo, eu acabei que, mas também quando eu encontro ela no corredor ela fala? Eu*

*acho que vai muito, também, assim, do cliente, se você, porque por mais que não seja profissional, se você está num local, se você é bem tratado, é, essa é a lógica, mas se você trata mau e quer ser bem tratado não existe, mas o que aconteceu foi isso, ela não foi, ela não era muito hospitaleira, a palavra correta era essa, mas devido eu chegar, falar: oi, tudo bem; e aí, bom dia; e aí, doutora, como é que minha mãe está. Ela começou a se abrir mais, e agora a gente se fala até nos corredores [...]. (A5).*

No campo das práticas em saúde integral, mais especificamente nas relações estabelecidas no processo de trabalho das equipes, as tecnologias são compreendidas como um conjunto de saberes e instrumentos que expressam, nos processos de produção dos serviços, a rede de relações sociais que é constituída, não apenas pelo saber, mas também por seus desdobramentos materiais e não materiais. (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Ressaltamos que segundo Assis; Lima; Nascimento et al. (2010) há necessidade de considerar o sujeito de forma singular/coletiva, com desejos e aspirações, respeitando ainda suas crenças, valores e as possibilidades terapêuticas que abordam as necessidades das pessoas para torná-las mais autônomas, sem desprezar a clínica, a epidemiologia, a razão e a subjetividade.

As acompanhantes exaltam a necessidade de diferença no cuidado a ser praticado para as pessoas especiais. Esse desejo, exacerbado pela acompanhante, deve ser revisto e aplicado, já que ele é um dos princípios do SUS e deve ser praticado para os usuários do sistema. A partir disso, qualifica-se um cuidado prestado como médico centrado, procedimento centrado, pois não leva em consideração o princípio da equidade.

#### **4.2.3 Visão da acompanhante sobre a instituição**

Quando interrogadas se recomendariam ou retornariam à instituição investigada, as acompanhantes responderam que retornariam e que indicariam a familiares e amigos, devido o atendimento ter sido bom. Referiram que os profissionais trabalham com vontade; esse fato é verificado pelo tratamento que elas dão para as mulheres e isso é um fator gerador de confiança pelas mulheres. Vale ressaltar que as acompanhantes também sempre foram bem atendidas.

*[...] só sinto segura se elas vierem ganhar neném aqui, já em outra maternidade eu não me sinto segura, eu num sei porque, num sei explicar, eu aqui já conheço e minhas filhas só têm neném aqui, minhas noras, eu acho que é ótimo e só vêm sempre pra cá [...]. (A2).*

*Recomendaria, com todas as forças que eu encontrei, posso informar, chegar no meu interior e informar [...]. (A4).*

*[...] eu acredito que eu recomendaria sim, por o motivo do bom atendimento, tá entendendo? [...] Agora quando eu sair daqui desse hospital, aonde eu passar eu vou dizer:*

*a Maternidade Escola está de parabéns, cada profissional está de parabéns, seja ele qual for, do pequeno ao grande, estão vocês todos de parabéns mesmo, eu agradeço muito, muito mesmo, a Deus primeiramente e depois aos profissionais daqui, estão de parabéns mesmo. A diferença hoje é muito, muito grande. (A4).*

*Eu recomendaria pelo atendimento que são diferenciado de outros quantos porque a gente realmente tem costume de estar em hospitais, elas trabalham com vontade, elas trabalham com vontade de trabalhar, num é com preguiça, então você vê, pelo tratamento que dá pras pessoas [...] É o tratamento dos enfermeiros, como das auxiliares dos serviços gerais que lhe trata bem. Você fala, num vêm com ignorância, num lhe trata com abuso, sempre estão ali, pronto pra atender. (A8).*

*Recomendaria, nós lá de casa só vem pra cá. Minha mãe [...] eu tive a minha aqui [...]. A minha filha também, eu num tenho o que dizer daqui não [...] porque desde que minha mãe chegou aqui que ela foi bem atendida, porque essa é a segunda vez. Então, como ela já esteve aqui na primeira vez, ela chegou em casa e disse que gostou muito. Quando ela entrou e quando ela saiu foi bem recebida. (A11).*

*Os pacientes, os acompanhantes, sempre foram bem atendidos, num tenho nada de diferente a falar contra ninguém. (A9).*

Os enfermeiros não utilizam vínculo nas suas atividades, em determinados momentos realizam um atendimento fragmentado, qualificado como bom. A diferença entre ambos consiste na burocratização presente e na responsabilização, que é intrínseca a integralidade do cuidado e ao vínculo como elemento desse cuidado.

Segundo Merhy (2002), tecnologia leve ou relacional no mundo do trabalho em saúde, no encontro do trabalhador com o objeto da sua intervenção (usuário, paciente, cliente), a produção se dá no instante em que é consumido o que ele denomina de trabalho vivo em ato (MERHY, 2002).

Constatamos que as acompanhantes não sofreram discriminação racial, social ou qualquer outro tipo de agravo social quando indagadas sobre como se dá a relação da acompanhante com os profissionais; como foi o relacionamento do enfermeiro e as acompanhantes.

*Não são tratado nem pela co! Nem pela estrutura social! Porque às vezes é assim, tem mais grana eu vou tratar melhor. Aqui não tem essa diferença, nem social nem racia! [...]. (A11).*

Ao discutir sobre as ferramentas tecnológicas apropriadas para confrontar com as sólidas instituições de saúde, Merhy (1997) aposta nas tecnologias leves – tecnologias de relações – para ampliar as possibilidades terapêuticas e o redirecionamento do modelo de saúde comprometido com a defesa da vida. Ou seja, os trabalhadores de saúde, podem dispor e mobilizar intensamente o conhecimento sobre a forma de saberes profissionais bem estruturados, como as diversas clínicas (do médico, do dentista e outros saberes). A tecnologia

estará sempre disponível em nossas relações (tecnologias leves), acompanhadas das ferramentas leves-dura (os saberes) e de tecnologias duras (equipamentos e maquinário) nas diversas relações estabelecidas com o usuário, construindo, assim, momentos importantes que poderão produzir contratos de responsabilização, confiabilidade, relações de vínculo e acolhimento.

A prática dos enfermeiros da maternidade escola insere-se no contexto dos espaços e cenários do cuidado desenvolvido no ambiente hospitalar. O processo de trabalho operado neste campo, adentra por meio de tecnologias e saberes na tentativa de um transformar de realidades e situações por meio de atitudes e conceitos atuais.

A escolha de ferramentas para desempenhar as funções na produção do cuidado ocorre pela adoção de novos olhares e novas percepções para efetivar a clínica e a assistência ao usuário.

O compromisso converge nas expressões e observações da equipe de enfermeiro em seu cotidiano agitado. O território demanda problemas e necessidades, assim, vislumbramos a execução de tarefas engendradas pela responsabilidade ética e cidadã de fazer e acontecer na atenção à saúde da mulher.

O trabalho em saúde da mulher envolve a potência da transformação dos ambientes, das práticas assistenciais, e das subjetividades singulares e coletivas quando embasado na integralidade do cuidado.

Na satisfação dos trabalhadores, alinham-se as vontades, desejos e proposições para superar dificuldades interpostas tais como, elevado número de usuários, número reduzido de enfermeiros, carga horária de trabalho elevada, equipamentos e materiais insuficientes, mas também na promoção do bem cuidar e querer fazer.

Os saberes e fazeres se conformam e se apreendem pela experiência do fazer e do agir e na aproximação de quem mais precisa e na consolidação do sistema único de saúde, o SUS.

## **5 ESTRATÉGIAS EM ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER**

Na tentativa de realizar a ação de cuidar baseado na integralidade do cuidado, os enfermeiros devem estar atentos para que se crie um vínculo entre o profissional que cuida e o usuário que é cuidado. Se conseguirmos esta sensibilização, neste momento, podemos estar gerando uma relação que busque estes vínculos utilizando os dispositivos da integralidade, traduzida pelo respeito entre ambos, como objeto primeiro da nossa prática cotidiana, que é cuidar do outro e estar sensível e de prontidão para atender às suas necessidades e torná-lo autônomo.

O acolhimento traz implícito que o enfermeiro deve fazer uma articulação com todos os envolvidos no processo de cuidar, como também com outros serviços de saúde para a continuidade na atenção às mulheres no serviço. Articulação essa quase sempre mais facilitada por quem está dentro do serviço e conhece os caminhos para que encaminhamentos permitam atender às mulheres e à sua saúde de forma integral.

Assim, as ideias de interação, de acolhimento, de responsabilização, de vínculo e de escuta atenta, entre pessoas são elementos que deverão fazer parte do olhar do enfermeiro, no momento de realização das práticas de cuidado, em seus diferentes contextos.

O espaço do cuidado se estabelece através das tecnologias relacionais, dentre elas da empatia entre os que estão envolvidos, isto é, profissional que cuida e usuário que é cuidado, e ocorre através da escuta atenta e de ações concretas. A mediação deste encontro se dá através do conhecimento das mulheres e o trabalhador de saúde, e pela necessidade das mulheres enquanto usuárias do serviço.

Os trabalhadores de saúde precisam ter sensibilidade à dimensão da complexidade que o cuidado exige, para realmente ser integral. Perceber as diferentes maneiras de ampliar seu ato de cuidado e poder torná-lo integral. Pequenas ações; como formas de tocar ou de se comunicar; esclarecer às mulheres o cuidado que se faz, porque se faz dessa forma, como ela pode colaborar; dão qualidade e aumentam a satisfação daquele que precisa ser cuidado e também exige do enfermeiro uma atenção às mulheres que estão sob seu cuidado.

O enfermeiro também é um sujeito a ser cuidado. A proximidade física e emocional que o ato de cuidar exige pode inibir as mulheres. Assim sendo, tornar o processo de cuidar integral exige do enfermeiro que ele facilite essa aproximação e que faça a

mediação entre si e as mulheres, garantindo, se houver algum impedimento por parte das mulheres, que ele assumirá o cuidado; deve explicar o que será realizado e pode, após esclarecimentos, finalizá-lo.

A partir do fluxo do processo de trabalho na instituição, percebi que o modelo de saúde é assistencial e hegemônico. Vislumbrar o cuidado na perspectiva da integralidade significa repensar as ações estruturais do SUS, da instituição e buscar, a partir da sensibilização, a preparação dos profissionais da área da saúde, ações voltadas para os dispositivos de acolhimento, vínculo e autonomia dos usuários.

Embora a prática clínica dos enfermeiros em suas diversas dimensões do cuidado na instituição seja no cuidado direto e em nível administrativo, percebi em alguns depoimentos a necessidade de se fazer o cuidado numa perspectiva humanística, mesmo que de forma insipiente. Apontaram pontos a serem melhorados, embora nesta lógica de processo de trabalho tecnoassistencial, o usuário fique na margem do processo. No entanto, a partir de sugestões ainda em nível assistencial e muitas vezes individual, foi possível pontuar estratégias para o exercício do cuidado de enfermagem, em atenção à saúde da mulher que vivencia o internamento hospitalar.

A partir do exposto, categorizado como sugestão pelos enfermeiros, traço três grupos de estratégias no intuito de caminhar com o cuidado na direção da integralidade do cuidado.

### **1º Grupo: Interação, diálogo e escuta**

A visita à paciente em caráter multidisciplinar seria mais integralizada para o cuidado, sugiro aqui a interdisciplinaridade. Outros profissionais inseridos nesse contexto, as mulheres poderão ser tratadas de forma mais ampla e em todos os sentidos, bio-psico-socio-espiritual, e suas necessidades de saúde melhor trabalhadas.

A enfermagem, como uma das vertentes da produção do cuidado, é a profissão que permanece ao lado das mulheres que vivenciam o internamento de forma contínua. Nesse sentido, os profissionais devem organizar a profissão de modo que não haja discrepâncias no agir do enfermeiro e as mulheres sejam cuidadas na sua individualidade.

Percebemos que os profissionais realizam um cuidado singular, direcionado para as necessidades específicas do usuário, quando conhecem e convivem com ele.

Conhecer o contexto social e cultural em que o indivíduo está inserido possibilita a individualização do cuidado.

A conversa, a escuta, a necessidade de estar atento às expressões verbais e não verbais do doente, a oferta de atividades lúdicas, amenizam o sofrimento e proporcionam bem-estar e conforto as mulheres. A utilização dessas atividades no cuidado pode ser uma das estratégias a ser adotadas pelos profissionais, acreditando nos benefícios da atividade que desenvolvem durante a internação hospitalar.

A anotação e o registro de enfermagem são essenciais e eficazes na atenção à saúde. O registro clínico no prontuário é um veículo de comunicação e de informação sobre as pacientes, entre membros da equipe multidisciplinar. Pode ser visto como uma ferramenta de qualidade da avaliação dos serviços. Deve conter observações sobre as situações do paciente, estado de saúde, intervenções realizadas e resultados obtidos (PAHO, 2001).

A reimplantação da visita pré-operatória feita pelos enfermeiros da unidade de internamento clínica cirúrgica, que ocorria anteriormente, há 8 anos atrás. Não como assistencialismo, mas como uma forma de orientar as mulheres e minimizar suas ansiedades e necessidades de saúde, deixando-as informadas sobre o período cirúrgico que vivenciarão em breve.

O número de enfermeiros deve estar em consonância com o número de pacientes, conforme normatizações vigentes. Ao termos uma demanda elevada de pacientes, a qualidade da assistência fica a desejar, não se consegue cuidar de todas as pacientes, nem tampouco identificar suas necessidades de saúde. Fica difícil ou quase impossível utilizarmos tecnologias relacionais e, como consequência, entramos na rotina massacrante imposta pelo sistema de saúde vigente, que é uma fila de pacientes cada dia maior e intervenções que visam apenas minimizar a dor e as queixas das patologias que causaram internamento, enfim, uma assistência fragmentada.

## **2º Grupo: Fé e religião**

A fé e a religião surgem como apoio na superação das dificuldades e no alívio das tensões diárias.

### **3º Grupo: Redes de apoio**

A colaboração de outras pessoas, membros da família, amigos e/ou profissionais de saúde tornam o cuidado e o internamento hospitalar uma atividade mais leve, diminuindo a sobrecarga física, emocional, econômica e social. Nesse sentido, formar uma rede de apoio entre os diferentes membros da família, amigos, vizinhos, serviços de saúde, é uma estratégia salutar para auxiliar no desenvolvimento da atividade de cuidar de quem vivencia o internamento hospitalar.

O trabalho em grupo favorece as mulheres que vivenciam o internamento hospitalar e a todos os envolvidos na produção do cuidado, pois em cada dia, a cada situação nova os profissionais vão estar mais próximos as mulheres e aptos a minimizar as necessidades de saúde das mulheres.

O hospital, como espaço para o cuidado, deve ser caracterizado pela preocupação e busca com a integralidade, com a singularidade do ser humano e de valorização da intersubjetividade, da relação e do respeito ao outro. O ato de cuidar é percebido, por quem cuida, como uma oportunidade de crescimento e realização pessoal e profissional, na medida em que permite o desenvolvimento de novas habilidades e a expressão de sentimentos de solidariedade, amor, respeito, empatia, dignidade e inserção social.

É preciso construir estratégias de autonomia que devem ir além do comparecimento aos serviços de saúde, devem buscar o conhecimento dos seus direitos e exercício de cidadania.

Os profissionais necessitam de apoio para enfrentar as adversidades do ambiente hospitalar e as questões trabalhistas tais como não reconhecimento da profissão, melhor remuneração, carga horária menor de forma saudável. Sem apoio questões estressantes interferem diretamente na qualidade do cuidado prestado às mulheres.

A estrutura física enquanto ambiente e as condições climáticas, como parte da estrutura física, interferem no bem-estar das usuárias. Necessitam de adequação para atender as necessidades

Os materiais e equipamentos comprometem a qualidade do cuidado prestado devido longo tempo de uso como também uso contínuo. Segundo Merhy (2002), dispomos das tecnologias leves, leve-duras e duras. A qualidade nas organizações de saúde é fator

essencial para evidência dos profissionais. Evidenciam necessidades de profissionais, refletem seus valores, questões técnicas que asseguram boas práticas no processo de cuidar.

Com a organização do serviço a sistematização, normas, rotinas fazem parte de um cuidado fragmentado.

Entendo que as estratégias sugeridas podem contribuir com subsídios que possibilitam repensar a prática da enfermagem no âmbito hospitalar. Nesse sentido, ao reconhecer e utilizar a sua sensibilidade em ações que transcendam o procedimento técnico do cuidado, a enfermagem poderá promover o conforto, o bem-estar e a dignidade do usuário nos diversos cenários do cuidar.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como eixos centrais descrever o processo de produção do cuidado do enfermeiro com as mulheres hospitalizadas em unidade de internação em uma Maternidade Escola; discutir a interação entre o enfermeiro e a família no ato de cuidar. Tínhamos como pressuposto que a produção do cuidado desenvolvido pelo enfermeiro em unidade de internamento, no ambiente hospitalar terciário, está delimitada pelo modelo hegemônico, ou médico-centrado, no qual o sujeito determina-se pela necessidade de cura e de redução de riscos à saúde. A configuração desse processo se dá pela concepção da doença-cura encontrada na forma positivista de ser (relação causa-efeito) com uma perspectiva biológica. Os serviços de saúde têm uma assistência baseada em uma prática fragmentada do modelo de cuidado clínico flexneriano, em que a centralidade do cuidado pauta-se na doença; a prática clínica do enfermeiro reflete-se nas atitudes dos sujeitos, nos padrões de reações e participação deles no seu tratamento, implicando na recuperação da sua saúde e/ou readaptação a uma nova condição de vida a partir da eficácia dos cuidados recebidos.

Iniciei o estudo tentando melhor compreender como se dá a produção do cuidado do enfermeiro a mulheres que vivenciam o internamento hospitalar. A crise da saúde em relação ao modelo assistencial trouxe grandes transformações no campo da saúde. Nesse sentido, temos que o cuidado pode ser exercido por uma variedade de concepções, dentre elas a integralidade do cuidado, que pode ser utilizado pelos profissionais e usuários do SUS quando vivenciam o internamento hospitalar.

As entrevistas se revelaram de diferentes maneiras no processo de análise e várias indicam que os elementos definidores do cuidado integral não existem. Um ou outro elemento definidor do que seja o cuidado integral está presente na prática do enfermeiro, mas este permanece muito mais como algo distante do que como uma prática possível na sua totalidade. As falas das enfermeiras entrevistadas trazem diversos indícios da importância do cuidar realizado pelo enfermeiro, porém, relatam que muitas vezes não executam um cuidado direto, devido afazeres burocráticos, acúmulo de tarefas, envolvimento com atividades não inerentes à enfermagem, demanda elevada de mulheres, assim como rotatividade expressiva entre as mulheres assistidas. Não nos referimos ao cuidado integral de forma direta, mas nos reportamos à escuta, vínculo, acolhimento, acesso a tecnologias, equidade e autonomia. Elas

desenvolvem um cuidado fragmentado, baseado no modelo hegemônico, a partir de preceitos do cuidado centrado na doença. A concepção de cuidado definida por elas vai além da técnica, traz indícios de importância dada aos aspectos subjetivos das mulheres, que também é limitada por fatores estruturais da instituição e por limitações do cuidado cotidiano.

Nos grupos focais, as acompanhantes qualificaram o cuidado prestado como bom; assim como os profissionais que o executam. Entretanto, em alguns momentos houve contradições em parte de seus relatos. Pelos depoimentos percebemos que o cuidado prestado possui características de uma atenção fragmentada, com falha de comunicação, constrangimento de pacientes e familiares, demora na resolução de problemas, negligência de profissional não enfermeiro, não utilização da equidade em situações citadas. A relação com o enfermeiro, conforme observado, vem sendo constantemente aperfeiçoada, embora alguns enfermeiros continuem sem se apresentar ao adentrarem nas unidades de internamento e se dirigirem às mulheres e suas acompanhantes; demonstraram saber o cargo ou função dos profissionais do setor e conhecê-los. Mesmo com as adversidades relatadas pelas acompanhantes elas recomendariam a instituição como unidade de tratamento para parentes, amigas e, caso necessitassem, retornariam à instituição; atribuem esse fato ao bom atendimento realizado pelos profissionais. Houve vários depoimentos que sugeriram que o cuidado fosse realizado de forma mais atenciosa, de forma integral e não fragmentada.

A integralidade do cuidado não faz parte do contexto hospitalar da instituição que serviu de campo empírico do estudo. Embora seja uma instituição de referência no estado, na qual estão inseridos docentes enfermeiros, docentes de outras áreas que não são enfermeiros, o cuidado fragmentado permanece e isso pode ser motivo de crítica, tanto dos alunos como dos docentes enfermeiros.

O processo de apreensão de como a produção do cuidado se concretiza no cotidiano das práticas hospitalares trabalhadas pelos enfermeiros mostrou que nossos pressupostos iniciais se confirmaram em parte, ou seja, que a produção do cuidado desenvolvido pelo enfermeiro em unidade de internamento está pautada no modelo biomédico, ou médico-centrado, no qual o usuário determina-se pela necessidade de cura e de redução de riscos à saúde. Os serviços de saúde têm uma assistência baseada em uma prática fragmentada do modelo clínico flexneriano, em que a centralidade do cuidado pauta-se na doença; a prática clínica do enfermeiro reflete-se nas atitudes dos sujeitos, nos padrões de reações e participação deles no seu tratamento, implicando na recuperação da sua saúde e/ou

readaptação a uma nova condição de vida, a partir da eficácia dos cuidados recebidos. Assim percebemos a partir do relato das acompanhantes que as usuárias recebem uma assistência fragmentada, com falha de comunicação, com demora na resolução de problemas, não uso da equidade em situações citadas e dizem que a assistência poderia ser individualizada. A assistência prestada caracteriza-se como curativa. O enfermeiro, como profissional diretamente ligado ao cuidado, deveria estar muito próximo às usuárias para que esses desajustes citados pudessem ser evitados e elas pudessem ter uma assistência baseada na integralidade do cuidado e o enfermeiro ter o papel fundamental na prestação da integralidade do cuidado. Temos esses fatos como reflexos das atitudes dos usuários pois percebemos que eles não são participativos do próprio processo de saúde-doença, aceitam imposições dos profissionais mesmo quando caracterizadas de forma negativa, o que os torna agentes passivos e não seres autônomos.

A produção do cuidado realizada pelos enfermeiros em uma unidade de internamento de uma maternidade de Fortaleza ocorre de forma fragmentada e não há aplicação dos elementos estruturais da integralidade do cuidado.

Percebemos uma dicotomia entre a prática e o que é colocado nos manuais ministeriais, sendo visualizado por todos que tem acesso aos mesmos. Nesse entendimento, os serviços precisam conceber a ideia de que é preciso assistir de maneira integral. A realidade hospitalocêntrica parece não propiciar esse entendimento nem mesmo entre os profissionais de saúde.

Essa lacuna pode ser superada pela presença, interesse e envolvimento do sujeito que cuida. E neste ponto há algumas práticas que apontam mais elementos de cuidado do que outras, nesse caso nos referimos ao cuidado integral. Com a aplicação do cuidado integral o enfermeiro cuida e evidencia suas competências como cuidador, é nelas que mostra o enfermeiro que pode ser.

Percebemos, na vasta produção sobre o tema, que há um grande potencial nas teorizações sobre cuidado integral que pode apoiar o desenvolvimento de novos estudos sobre boas práticas em enfermagem e saúde.

Para finalizar, lembramos que a competência do enfermeiro se revela na ação da produção do cuidado, que pode ser a integralidade do cuidado; considero que o enfermeiro está apto a modificar a maneira de ver e realizar sua missão na prática cotidiana, já que cada

profissional que interage com as mulheres que vivenciam o internamento é absolutamente singular, como também as mulheres o são. O cuidado deve ser um momento para favorecer o crescimento e autonomia de todos os envolvidos no processo. A isso, acrescento que é no espaço da prática profissional em enfermagem, nesse estudo, o hospital, que as competências para o cuidado são demonstradas, é no fazer que elas emergem, ou seja, é na prática que exercitamos nossas potencialidades e nelas também as modificamos, atualizamos e aperfeiçoaamos.

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. Os sentidos da prática voltados para saúde e doença: maneiras de fazer grupos na sociedade civil. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO, 2001.

AHLBERG, K. et al. Fatigue, psychological distress, coping and quality of life in patients with uterine cancer. **Journal of Advanced Nursing**, v. 45, n. 2, p. 205-213, 2004.

ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. (org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. (org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ASENI, F. D. Direito, estética e integralidade na saúde: uma reflexão multidisciplinar sobre valores. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; CEPESC: ABRASCO, 2007a.

ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A. do; LIMA, W. C. M. B. et al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. M. Â. do; FRANCO, T. B.; JORGE, M. S. B. (org.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010a. 182 p.

SANTOS, A. M. dos; KOCHERGIN, C. N.; ASSIS, M. M. A.; et al. Linhas do cuidado e responsabilização no PSF de um município da região sudoeste da Bahia: um olhar analisador. In: ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. M. Â. do; FRANCO, T. B.; JORGE, M. S. B. (org.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010b. 182 p.

ASSIS, M. M. A. LIMA, W. C. M. B.; NASCIMENTO, M. A. A. do et al. Produção do cuidado no Programa de saúde da família de um município da região nordeste da Bahia: encontros e desencontros. In: ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. M. Â. do; FRANCO, T. B.; JORGE, M. S. B. (org.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010c. 182 p.

AYRES, J. R. de C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. In: \_\_\_\_\_. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ/IMS; ABRASCO, 2009.

\_\_\_\_\_. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. **Razões**

**públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2007.

AYRES, J. R. de C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 3 n. 10. p. 549-559, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a13v10n3.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2010.

\_\_\_\_\_. O cuidado, os modos de ser (do humano) e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.

\_\_\_\_\_. Cuidado: tecnologia ou sabedoria. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.** São Paulo, v. 4, n. 6, p. 117-120, 2000.

BARROS, M. E. B. de. Seria possível uma prática do cuidado não-reflexiva? O cuidado como atividade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2007. p. 123.

BECK, C. T.; HUNGLER, B. P.; POLIT, D. F. **Ética e pesquisa em enfermagem: fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 5. ed. Porto alegre: Artmed, 2004.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo.** Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** 2. ed. Brasília, 2007a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde.** 2. ed. Brasília, 2007b. 9 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area>>. Acesso em: 14 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico.** Brasília, 2005a. 158 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno n. 5).

\_\_\_\_\_. Ministério Público Federal. **Manual de atuação do Ministério Público Federal em defesa da saúde.** Brasília, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de humanização. **Humaniza SUS.** Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br-humanizaSUS>>. Acesso em: 5 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). **Resolução nº 196/96:** sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/constituicao>>. Acessado em: 29 nov. 2010.

CAMPOS, G. W. S. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

\_\_\_\_\_. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. Saúde coletiva** v.12 n.4 Rio de Janeiro jul/ago. 2007.

CECÍLIO, L. C. de O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; MATTOS, R. A. (org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde.** Rio de Janeiro: Cepsc, IMS, Uerj; Caxias do Sul: Educsc, 2006.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006. p. 115-128.

\_\_\_\_\_. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO, 2001.

CECÍLIO, L. C. O.; LIMA, M. H. J. Necessidades de saúde das pessoas como eixo: a integração e a humanização do atendimento na rede básica. In: LINHARES, A. L. **Saúde e humanização: a experiência de Chapecó.** São Paulo: Hucitec, 2000. p. 159-182.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica.** São Paulo: Hucitec, 2005.

DOYLE, N. M. et al. Maternal stressors during prolonged antepartum hospitalization following transfer for maternal-fetal indications. **American Journal of Perinatology**, v. 21, n. 1, p. 27-30, 2004.

FERLA, A. A. Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 85-106, 2004.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário Aurélio ilustrado**. Curitiba: Positivo, 2008. 560 p.

FERREIRA, M. de A. A autonomia no cuidado: questões éticas implicadas na relação entre a enfermeira e o cliente hospitalizado. In: PESQUISANDO EM ENFERMAGEM, 15.; JORNADA NAC. HISTÓRIA ENF., 11.; ENCONTRO NAC. FUNDAMENTOS CUID. ENF., 8., 2008, [S.l.]. **Apresentação...** [S.l.], 2008a.

\_\_\_\_\_. A interação como princípio fundamental para o exercício do cuidado: contribuição conceitual para os fundamentos da enfermagem. In: PESQUISANDO EM ENFERMAGEM, 15.; JORNADA NAC. HISTÓRIA ENF., 11.; ENCONTRO NAC. FUNDAMENTOS CUID. ENF., 8., 2008, [S.l.]. **Apresentação...** [S.l.], 2008b.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 15, p. 345-53, 1999.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, 2005.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. **Cuidado, as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 91-102.

LOUZADA, A. P.; BONALDI, C.; BARROS, M. E. B. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. (org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 37-52.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2010.

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND. **Histórico**. Fortaleza, 2009. Disponível em: <<http://www.meac.ufc.br>>. Acesso em: 20 out. 2009.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO, 2006.

\_\_\_\_\_. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção social da demanda: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2005. p. 33-46.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática: ou sobre a prática da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-16, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2010.

\_\_\_\_\_. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ; Abrasco, 2001. p. 39-64.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. Dissertação (Mestrado)—Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias no SUS. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. Um dos Grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modelos de fabricar os modos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 296 p.

\_\_\_\_\_. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface** – Comunicação, saúde, educação, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 106-116, 2000.

\_\_\_\_\_. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como um desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 304-314, 1999.

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

\_\_\_\_\_. **Universalidade, equidade e acesso sim mas, não bastam**. Campinas, mar. 1995. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-10.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do

cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (org.). **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-160.

MERHY, E. E. et al. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuições para as conferências de saúde. **CEBES – Saúde em Debate**, n. 33, p.83-89, 1991.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. de O.; NOGUEIRA FILHO, 1991. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em Debates. CEBES. 33, 83-89**

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. (Saúde em Debate).

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORGAN, D. L.; KRUEGER, R. A. When to use focus group and why. In: MORGAN, D. L. (ed.). **Successful focus groups: advancing the state of the art**. Newsbury Park, CA: Sage Publications, 1993. p. 3-9.

NASCIMENTO, M. Â. A. do et al. Vínculo e responsabilização na construção da produção do cuidado no Programa de saúde da Família. In: ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. Â. A. do; FRANCO, T. B.; JORGE, M. S. B. (org.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010. 182 p.

NATALINI, G. Princípios básicos do SUS. In: SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2002. v. 1.

OUIMETTE, P. et al. Posttraumatic stress disorder and health status among female and male medical patients. **Journal of Traumatic Stress**, v. 17, n. 1, p. 1-9, 2004.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Building standart: based nursing information systems**. Washington, DC: PAHO, e 2001.

PANTALEÃO, S. F. Disponível em: <<http://www.guiatrabalhista.com.br/tematicas/cracha.htm>>. Acesso em: 14 dez. 2010.

PEREIRA, S. D. **Conceitos e definições da saúde e epidemiologia usados na vigilância sanitária**. São Paulo, 2004. Disponível em: <[www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid\\_visa.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visa.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2010.

PEREIRA, W. R. et al. **Análise das dinâmicas subjacentes aos processos de mudança que apontam novas práticas pedagógicas na formação de enfermeiros em duas instituições públicas de ensino de graduação em enfermagem**. Cuiabá: UFMT; Niterói, RJ: UFF, 2009.

(Edital MCT/CNPq/MS-DECIT 23/2006-2. Relatório de Pesquisa Multicêntrica, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal Fluminense).

PINHEIRO, R. Responsabilidade com a integralidade das ações: por uma ética do futuro. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidar do cuidado: responsabilidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2008.

\_\_\_\_\_. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2007.

\_\_\_\_\_. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2001. p. 65-112.

PINTO, A. G. A. **Produção do cuidado em saúde mental: significados e sentidos da prática clínica em centro de atenção psicossocial**. 2008. 191 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

RODRIGUES, A. Á. A. de O.; ASSIS, M. M. de A. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no programa saúde da família em Alagoinhas-Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p.273-285, jul./dez. 2005.

SANTOS, A. M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas-Ba. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 127-34, 2008.

SILVA, J. P. V. da; BATISTELLA, C.; GOMES, M.de L. Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D'Andrade (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SILVA, R. C. L.; PORTO, I. S.; FIGUEIREDO, N. M. A. Assistência de Enfermagem e o discurso de humanização. **Esc. Anna Nery, Rev. Enferm.**, v. 12, n. 1, p. 156-159, mar. 2008.

SILVA, Z. S. da. **Resenha sobre o SUS** – Meu Artigo Brasil Escola. Disponível em: <<http://www.meuartigo.brasilecola.com/Saúde>>. Acesso em: 29 nov. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (org.). **A Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2007 p. 89-112.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa social em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

VARGAS, M. A. O.; RAMOS, F. R. S. Tecnobiomedicina: implicações naquilo e daquilo que a enfermagem faz em terapia intensiva. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 168-176, jan./mar. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000100019&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100019&lng=pt)>. Acesso em: 13 jun. 2008.

VILLA, T. C. S.; MISHIMA, S. M.; ROCHA, S. M. M. A enfermagem nos serviços de saúde pública do estado de São Paulo. In: ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. (org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

ZOBOLI, E. Cuidado: praxis responsável de uma cidadania moral. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2007.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –  
ENFERMEIRAS**

Eu, Gemma Galgani M. de Menezes, enfermeira, aluna do Curso de Mestrado Acadêmico de Cuidados Clínicos em Saúde na Universidade Estadual do Ceará, estou desenvolvendo a pesquisa **“PRÁTICA DO CUIDADO DO ENFERMEIRO EM MATERNIDADE ESCOLA DA CIDADE FORTALEZA – CEARÁ”**, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas. O estudo tem como objetivos “Compreender o processo de produção do cuidado do enfermeiro com as mulheres hospitalizadas em uma unidade de internamento hospitalar e discutir a interação entre o enfermeiro e a família no ato de cuidar”. Assim, convido-lhe a participar deste estudo, que será realizado através de entrevista e de observação sistemática das atividades desenvolvidas com as pacientes. Caso concorde, enfatizo que a sua participação neste estudo não lhe acarretará nenhum prejuízo físico, mental ou social. Você terá a liberdade de desistir de participar do estudo em qualquer momento do seu desenvolvimento, sem que isto acarrete prejuízo ao seu seguimento enquanto enfermeira. Constará de duas vias, onde uma é da pesquisadora e outra do participante da pesquisa. Todas as suas informações pessoais adquiridas serão mantidas em sigilo.

Em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Enfermeira Participante

Em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
GEMMA GALGANI M. DE MENESES  
Enfermeira Pesquisadora – RG: 721997-84  
COREN: 69853. Contato (85) 99820527  
CEPE/MEAC (contato): 33668558

---

Eu \_\_\_\_\_, RG nº: \_\_\_\_\_, declaro que fui informada acerca dos objetivos do estudo e concordo em participar, voluntariamente, do mesmo, desde que eu tenha assegurado o direito, sem nenhum prejuízo a minha pessoa, de não continuar participando, se assim o desejar. Estou ciente de que minha identidade será mantida em sigilo e os depoimentos prestados e os dados obtidos serão utilizados cientificamente. Estou ciente, também, de que NÃO receberei pagamento ou gratificação pela minha participação no estudo.

Em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Enfermeira Participante

Em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
GEMMA GALGANI M. DE MENESES  
Enfermeira Pesquisadora – RG: 721997-84  
COREN: 69853. Contato (85) 99820527  
CEPE/MEAC (contato): 33668558

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –  
COMPANHANTES**

Eu, Gemma Galgani M. de Menezes, enfermeira, aluna do Curso de Mestrado Acadêmico de Cuidados Clínicos em Saúde, na Universidade Estadual do Ceará, estou desenvolvendo a pesquisa **“PRÁTICA DO CUIDADO DO ENFERMEIRO EM MATERNIDADE ESCOLA DA CIDADE FORTALEZA – CEARÁ”**, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas. O estudo tem como objetivos “Compreender o processo de produção do cuidado do enfermeiro com as mulheres hospitalizadas em uma unidade de internamento hospitalar e discutir a interação entre o enfermeiro e a família no ato de cuidar”. Assim, convido-lhe a participar deste estudo, que será realizado através da técnica de grupo focal. Caso concorde, enfatizo que a sua participação neste estudo não lhe acarretará nenhum prejuízo físico, mental ou social. Você terá a liberdade de desistir de participar do estudo em qualquer momento do seu desenvolvimento, sem que isto acarrete prejuízo ao seu seguimento enquanto enfermeira. Constará de duas vias onde uma é da pesquisadora e outra do participante da pesquisa. Todas as suas informações pessoais adquiridas serão mantidas em sigilo.

Em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Acompanhante

Em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
GEMMA GALGANI M. DE MENESES  
Enfermeira Pesquisadora – RG: 721997-84  
COREN: 69853. Contato (85) 99820527  
CEPE/MEAC (contato): 33668558

**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO-ACOMPANHANTES**

Eu \_\_\_\_\_ RG  
nº: \_\_\_\_\_, declaro que fui informada acerca dos objetivos do estudo e concordo em participar, voluntariamente, do mesmo, desde que eu tenha assegurado o direito, sem nenhum prejuízo a minha pessoa, de não continuar participando, se assim o desejar. Estou ciente de que minha identidade será mantida em sigilo e os depoimentos prestados e os dados obtidos serão utilizados cientificamente. Estou ciente, também, de que NÃO receberei pagamento ou gratificação pela minha participação no estudo.

Em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Acompanhante

Em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
GEMMA GALGANI M. DE MENESES  
Enfermeira Pesquisadora – RG: 721997-84  
COREN: 69853. Contato (85) 99820527  
CEPE/MEAC (contato): 33668558

## APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – Roteiro de Entrevista

<b>Entrevista</b>
Data: ___/___/___
Início: _____
Término: _____
Código da Entrevistada: _____

## PRÁTICA REALIZADA NA PRODUÇÃO DO CUIDADO A MULHERES EM UNIDADE DE INTERNAMENTO

Compreensão da produção do cuidado a mulheres na prática de enfermeiras em unidade de internamento

- Fale como você desenvolve suas atividades ao prestar assistência a mulheres que vivenciam o internamento.

Durante as entrevistas foram feitas algumas perguntas para que a enfermeira discorresse da melhor forma possível o seu pensamento sobre o assunto investigado. As perguntas que emergiram foram: Como você organiza seu trabalho?; quais as prioridades no seu trabalho e no seu turno de trabalho?; como você se sente cuidando das mulheres internadas?; qual o significado de cuidado para você?; como você cuida das pacientes?; como você desenvolve sua prática?; o que você considera importante ao ter contato com a mulher internada?; como você acha que essa mulher se sente ao vivenciar o internamento hospitalar?; como conhece a história da paciente?; você escuta as mulheres?; conhece as necessidades das mulheres?; tem preocupação com as necessidades das mulheres?; busca isso?; como pensa que poderia ser melhor executado o cuidado?; tem sugestões sobre cuidado?.

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – Roteiro de Observação no  
Campo

Observação
Data: ___/___/___
Início: _____
Término: _____
Código da Entrevistada: _____

PRÁTICA REALIZADA NA PRODUÇÃO DO CUIDADO A MULHERES EM UNIDADE  
DE INTERNAMENTO

Compreensão da produção do cuidado a mulheres na prática de enfermeiras em unidade de internamento.

Atividades desenvolvidas na produção do cuidado (individual e com a família)

- Consulta individual;
- Orientações;
- Procedimentos (medicação, troca de curativos, punção venosa, mensuração de drenagens, dentre outros);
- Palestras.

Relações estabelecidas entre os usuários e a família no ato produtivo do cuidado e entre os trabalhadores de saúde.

## APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – Roteiro do Grupo Focal

Observação
Data: ___/___/___
Início: _____
Término: _____
Código da Entrevistada: _____

## PRÁTICA REALIZADA NA PRODUÇÃO DO CUIDADO A MULHERES EM UNIDADE DE INTERNAMENTO

Compreensão da produção do cuidado a mulheres na prática de enfermeiras em unidade de internamento

Assuntos a serem desenvolvidos no grupo focal sobre produção do cuidado com os familiares ou acompanhantes.

- Atendimento recebido;
- Relacionamento da enfermeira com acompanhante ou familiar;
- Visão do acompanhante sobre o serviço.

## APÊNDICE F – DESENVOLVIMENTO DO GRUPO FOCAL

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO CUIDADOS CLÍNICOS EM SAÚDE  
ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. CONSUELO HELENA AIRES DE FREITAS

PESQUISADORA: GEMMA GALGANI MARTINS DE MENESES.

## TEMÁRIO PARA GRUPO FOCAL

(Discutir a interação entre o enfermeiro e a família no ato de cuidar – realizado com acompanhantes de pacientes internadas em unidades de internamento de uma maternidade escola da cidade de Fortaleza – Ceará).

TÍTULO DO PROJETO: PRÁTICA DO CUIDADO DO ENFERMEIRO EM MATERNIDADE ESCOLA DA CIDADE FORTALEZA – CEARÁ.

## PLANEJAMENTO DO GRUPO FOCAL

Primeira Sessão

Tema a ser investigado:

Atendimento que o paciente recebe na enfermaria na visão do acompanhante

Motivos que levaram a paciente a ter um acompanhante

Presença do acompanhante como fator de resolução de problemas

Percepção do acompanhante sobre a assistência de enfermagem prestada na MEAC

Objetivo:

Apreender como ocorre a interação entre o enfermeiro e a família (acompanhante) no ato de cuidar.

Duração prevista:

Duas horas (2h)

Questões de Orientação:

Questão-chave 01: Como foi o atendimento que o paciente que você está acompanhando recebeu na enfermaria?

- Conhecimento da relação entre enfermeiro e paciente.

Questão-chave 02: Como se deu o relacionamento da enfermeira com você acompanhante?

- Conhecimento da interação enfermeira-acompanhante.

Questão-chave 03: Você recomendaria esse local para alguém da sua família ou para alguma amiga sua que precisasse de atendimento?

- Conhecimento sobre a assistência prestada na Maternidade.

Planejamento da Sessão:

1. Dinâmica de apresentação/interação:

Procedimento: Após todos os participantes serem acomodados em círculo, o moderador se apresenta, explica o objetivo do encontro e convida o grupo a participar de uma apresentação com Música.

Em seguida, o coordenador distribui um cartão, um lápis e um alfinete para cada participante e pede que cada um escreva no cartão seu nome e prenda-o na blusa. (Não pode ser apelido).

Os participantes sentam-se em círculo. O coordenador coloca-se no centro e convida os demais a participar:

“Quando vim para este grupo, um(a) amigo(a) eu encontrei (o coordenador escolhe uma pessoa), como estava ele(a) sem nome, de (nome da pessoa) eu o(a) chamei. Oh! amigo(a), que bom te encontrar, unidos na amizade, iremos caminhar” (bis).

Logo após, o coordenador junta-se ao círculo e a pessoa escolhida entoia a canção, ajudada pelo grupo, repetindo o mesmo que o coordenador fez antes. E, assim, prossegue o exercício até que todos tenham se apresentado.

A última pessoa age da seguinte maneira:

“Quando vim para este grupo, mais amigos encontrei, como eu não tinha nome, de... (cada um grita seu nome) eu o chamei.

Oh! amigos(as), que bom nos encontrar, unidos lutaremos para o mundo melhorar (bis)”.

A dinâmica terá uma duração de 20 minutos.

## 2. Tema da investigação:

Interação entre o enfermeiro e a família (acompanhante) no ato de cuidar.

Procedimento: O grupo discutirá o tema de acordo com as respostas fornecidas nas questões de orientação. O foco principal é como cada participante discorre sobre a relação entre o enfermeiro e a família na produção do cuidado.

Duração prevista: 80 minutos.

## 3. Encerramento da Sessão:

Procedimento: O moderador investiga os sentimentos do grupo, lançando a seguinte pergunta norteadora: o que eu estou levando desse encontro?

Após ouvir o grupo, agradece a participação de todos, esclarece dúvidas e finaliza a sessão convidando para um lanche coletivo.

Duração prevista: 20 minutos.

## **ANEXO**

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**MATERNIDADE-ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND**  
 Rua Coronel Nunes de Melo, S/Nº - Rodolfo Teófilo - C.G.C. 07.206.048/0001-08  
 Fone: (85) 3366.8500 - Fax: (85) 3366.8515 - E-mail: meac@meac.ufc.br  
 CEP: 60.430-270 - Fortaleza - Ceará - Brasil

OFÍCIO CEP/MEAC Nº 094/10

Fortaleza, 19 de maio de 2010.

Protocolo nº 046/10

**Pesquisadora responsável:** Gemma Galgani Martins de Meneses**Deptº/Serviço:** Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará**Título do Projeto:** Prática do cuidado do Enfermeiro em Maternidade-Escola de Fortaleza-Ce.

Levamos ao conhecimento de V. S<sup>a</sup>. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand – CEP/MEAC/UFC, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional da Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, publicada no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e complementarem, aprovou o projeto supracitado, na reunião de 13 de maio de 2010.

A Pesquisadora deverá comparecer ao setor competente da Instituição, onde será realizada a pesquisa, para a confecção dos crachás, munido deste documento.

Igualmente, informamos que a mesma deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

**Dr. Sérgio Augusto de Tabosa Quesado**  
 Coordenador do CEP-MEAC/UFC

Dr. Sérgio Augusto Quesado  
 Coordenador do Comitê  
 de Ética em Pesquisa  
 CEP/MEAC/UFC

Ilma. Sra.  
 Gemma Galgani Martins de Meneses  
 Rua Dr. José Lourenço, 2879/1601  
 Joaquim Távora  
 CEP 60.115-282  
 E-mail: ggmm0604@hotmail.com  
 Mod. 107