

CUIDADO E DIÁLOGO: AS INTERAÇÕES E A INTEGRALIDADE NO COTIDIANO DA ASSISTÊNCIA NEONATAL*

CARE AND DIALOG: INTERACTIONS AND INTEGRALITY IN THE DAILY LIFE OF NEONATAL ASSISTANCE

CUIDADO Y DIÁLOGO: INTERACCIONES Y LA INTEGRALIDAD EN EL CUOTIDIANO DE LA ASISTENCIA NEONATAL

PATRICIA PINTO BRAGA¹
ROSENI ROSÂNGELA DE SENA²

Estudo de aproximação com o cotidiano do cuidado ao recém-nascido de risco. Propõe apreender como o processo de comunicação interpessoal interfere na prática da integralidade do cuidado ao recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Optou-se pela abordagem qualitativa, orientada pelo referencial teórico-metodológico da dialética e como estratégia de apreensão da realidade a observação participante e o grupo focal com profissionais. Foi desenvolvido em uma maternidade no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. A análise dos dados revela que as relações de poder intrínsecas ao cotidiano do cuidado dialógico precisam ser vistas como possibilidades de permanentes negociações e mudanças no agir em saúde. A comunicação foi identificada como estratégia para a construção de ações integrais. Desta forma evidencia-se a necessidade de criação de espaços para que ela aconteça, de modo a operar um cuidado centrado no recém-nascido e sua família.

DESCRIPTORES: Terapia Intensiva Neonatal; Comunicação; Assistência Integral à Saúde.

This is a study of approximation with the daily life of care to new born children at risk. It proposes to learn how the interpersonal communication process interferes in the practice of integrality in the care of new born children in the Neonatal Intensive Therapy Unity. An option was made to use a qualitative approach, oriented by theoretical-methodological references. Participative observation and focal groups with professional were used as a strategy of apprehension of reality. This work was developed at a maternity in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. The data analysis reveals that the power relations in the daily life of dialogical care need to be seen as permanent negotiation possibilities and possibilities of changes. Communication was identified as the strategy to construct integral actions. Therefore, it is necessary to create spaces to make it to happen, resulting in the care centered in the new born children and their family.

DESCRIPTORS: Intensive Neonatal Therapy; Communication; Comprehensive Health Care.

Estudio más detallado del cuidado diario del recién nacido de riesgo. Propone abarcar cómo interfiere el proceso de comunicación interpersonal en la práctica de la integralidad del cuidado al recién nacido internado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Se optó por el enfoque cualitativo, orientado por el marco teórico-metodológico de la dialéctica y como estrategia de apreensión de la realidad en base a la observación participante y grupo focal con los profesionales. Estudio elaborado en una maternidad del municipio de Belo Horizonte, Minas Gerais. El análisis de los datos revela que las relaciones de poder intrínsecas al cotidiano del cuidado dialógico deben verse como posibilidades de negociaciones permanentes y de cambios al actuar en la salud. La comunicación fue identificada como estrategia para el logro de acciones integrales. Por lo tanto, es evidente la necesidad de crear espacios para que ella ocurra, con miras a que el cuidado se centre en el recién nacido y su familia.

DESCRIPTORES: Terapia Intensiva Neonatal; Comunicación; Atención Integral de Salud.

* Extraído da Dissertação: Cuidado, Trabalho e Diálogo: as interações na construção da integralidade do cuidado ao recém-nascido internado em UTI, apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2006.

¹ Doutoranda em Enfermagem pela UFMG. Professora Assistente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei Campus Divinópolis- MG. Av. Sebastião Gonçalves Coelho 400 — Chanadour, Divinópolis, MG, Brasil. E-mail: patriciabragaenf@ig.com.br

² Doutora em Enfermagem, Professora Emérita da Escola de Enfermagem da UFMG, Av. Alfredo Balena, 190 — Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: rosenisena@uol.com.br

INTRODUÇÃO

O cuidado ao recém-nascido, até meados do século XIX, era realizado por parteiras, pessoas da família e pela própria mãe. A institucionalização do parto e do nascimento, no final do século XIX, aliada ao interesse do Estado em reduzir as taxas de mortalidade infantil, mudaram este *locus* domiciliar do cuidado para os primeiros centros especializados de assistência ao recém-nascido.

No novo ambiente físico e tecnológico de cuidado, especializado, a assistência neonatal começa a conformar uma lógica centrada em diagnósticos e terapêuticas, com ênfase na sobrevivência e recuperação do recém-nascido.

Toda essa reorganização não foi suficiente para responder, integralmente, às necessidades de saúde dos recém-nascidos e suas famílias. Recuperavam-se seus corpos, mas outras dimensões do cuidado não eram consideradas.

Com a necessidade de refletir sobre o atendimento tecnológico e insatisfatório identificamos avanços no final do século XX advindos das ciências humanas e sociais, que subsidiaram reflexões sobre as práticas de saúde. Com isso a assistência passa a ser orientada não apenas pelo controle e recuperação do corpo anátomo-fisiológico, mas também pela qualidade de vida, incorporando outras dimensões ao cuidado em saúde⁽¹⁾.

Podemos afirmar que essa abertura, a outras dimensões do cuidado, implicou em uma recusa ao reducionismo da assistência à cura clínica do recém-nascido.

Assim, atualmente, a utilização das tecnologias disponíveis no atendimento neonatal, aliada a uma habilidade profissional, de percepção ampliada acerca das necessidades dos usuários dos serviços de saúde, mostra-se como uma possibilidade de contribuir para a construção de ações integrais em saúde.

Para compreender a integralidade do cuidado em suas múltiplas dimensões, são necessárias algu-

mas considerações que permitem revelar a polissemia deste tema. Pode-se adotar o conceito de integralidade em sua definição constitucional e institucional como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema⁽²⁾.

Aliada à definição constitucional, ponderamos que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS (Sistema Único de Saúde), mas também um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam “a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária”^(3:41).

Pensar o cuidado em saúde, orientado pelo princípio da integralidade é transcender a execução de tarefas e o exercício das competências profissionais. Nessa lógica o cuidar passa a ter uma perspectiva de encontro entre profissionais de saúde e usuários, deslocando-se o foco da intervenção das práticas de saúde, da cura das patologias para o cuidado de sujeitos⁽⁴⁾.

Para subsidiar a construção analítica do estudo, consideramos que a integralidade emerge como um princípio de organização permanente do processo de trabalho e uma busca contínua para ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Essa ampliação deve ser concretizada a partir da perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de fazer e de perceber as necessidades de saúde.

Partindo do pressuposto que a comunicação interprofissional é um instrumento para a construção de cuidados integrais, adotamos na pesquisa a idéia de que a “comunicação é o processo de produzir, fazer circular e consumir os sentidos sociais, que se manifestam por meio de discursos. Esse processo caracteriza um mercado simbólico, no qual o circuito produtivo é mediado por permanente negociação”^(5:167).

Esse referencial considera a polifonia (várias vozes) presente na produção dos discursos e suas repercussões nas ações em saúde o que subsidiou a

análise dos sentidos discursivos inerente ao cotidiano do cuidado neonatal.

Assim, o presente estudo propôs apreender como o processo de comunicação interfere na prática da integralidade do cuidado ao recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

METODOLOGIA

Para captar o cotidiano da produção do cuidado neonatal e as interações dialógicas que permeiam essa produção, adotamos a abordagem qualitativa, por ser uma estratégia de apreensão da realidade que considera a objetividade e a subjetividade inerente ao objeto de investigação⁽⁶⁾.

Para tanto utilizamos o referencial teórico-metodológico da dialética, considerando que ele permite apreender os fenômenos em sua totalidade, no qual os objetos, os atores e os próprios fenômenos interagem entre si⁽⁷⁾.

Como recursos de investigação, optamos por instrumentos que permitissem a apreensão das ações e diálogos (observação participante) e que considerassem os significados, para os profissionais, do tema investigado (grupo focal).

Os grupos focais (GF1 e GF2) foram realizados com a participação de oito profissionais no GF1, e sete no GF2. Eles foram gravados, posteriormente transcritos e codificados. Para a observação do cotidiano do cuidado neonatal, utilizou-se um diagrama em forma de mapa da Unidade de Terapia Intensiva, que otimizou os registros durante o tempo de permanência na Unidade. A coleta de dados foi iniciada em 20/05/2006 e encerrada dia 16/06/2006.

Os sujeitos participantes do estudo foram enfermeiras, técnicos em enfermagem, médicos neonatologistas, fisioterapeutas, psicólogos e terapeuta ocupacional que atuam na UTI neonatal.

O cenário do estudo foi uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da Fundação de Assistência Integral à Saúde/Hospital Sofia Feldman (FAIS/HSF) — uma

instituição filantrópica, não-governamental, que atende exclusivamente à clientela do Sistema Único de Saúde (SUS) —, localizado no Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte, especializado na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido. Possui como um de seus destaques a busca, permanente, por uma atenção integral e humanizada. A instituição conta com uma estrutura física que dispõe de 32 (trinta e dois) leitos de terapia intensiva neonatal, distribuídos em três unidades.

Os dados coletados a partir dos grupos focais receberam tratamento de acordo com a análise de conteúdo. Foram construídos procedimentos sistemáticos e de descrição das mensagens, permitindo a inferência de conhecimentos relativos à produção, apreensão e análise dessas mensagens⁽⁸⁾. Posteriormente a leitura sistemática e repetida dos registros das observações participantes complementou os achados dos grupos focais.

A análise dos discursos e das observações será apresentada, nesse artigo, de forma articulada e conjunta para facilitar o entendimento geral da pesquisa. Em alguns parágrafos haverá códigos que se referem aos discursos dos sujeitos informantes (garantia de anonimato).

A pesquisa foi aprovada, atendendo à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, pelo Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG — Linha de Ensino e Pesquisa do Hospital Sofia Feldman e Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (parecer número ETIC 482/05).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados revelam que o processo de comunicação permeia as ações dos trabalhadores e é uma estratégia que facilita o cuidado ao recém-nascido, mas requer *gasto de tempo* (A2). Essa percepção também é indicada por outro participante ao afirmar que *a comunicação demanda de todos os funcionários tempo e ela às vezes não acontece é por falta de tempo* (D2).

Contraopondo essa idéia outro sujeito da pesquisa afirma *que a gente não pode entrar nesse discurso, a gente justifica o não-fazer. A gente não tem tempo! Todo mundo tem tempo prá conversar!* (E2).

Foi revelado por uma participante da pesquisa que o diálogo otimiza, mas *dá trabalho* (A1), pois requer que os atores que dialogam *ampliem sua visão* (A1), ou seja, façam uma abertura ao diálogo: escuta, fala, flexibilização e ainda requer mudanças nos modos de produzir o cuidado a partir do que outro profissional pondera.

Uma das participantes da pesquisa afirma que *comunicar é cuidar* (E1), pois há possibilidade de percepção ampliada da situação e, também, permite melhor compreensão das situações acerca do recém-nascido e de sua família. A comunicação foi identificada como uma estratégia que otimiza a assistência neonatal por favorecer a construção de um cuidado dinâmico, flexível e contínuo.

Ao identificar as relações dialógicas na construção cotidiana do cuidado foram relatadas situações em que o discurso de um profissional, solicitando atendimento para o recém-nascido, é desconsiderado principalmente pelo profissional médico, como pode ser apreendido no seguinte enunciado: *É constante demais quando você chama e comunica e o médico não vem, não dá atenção para o que a gente fala* (C1).

As relações de poder intrínsecas às construções cotidianas do cuidado foram expressas nos discursos e apreendidas nas observações. Essa afirmativa é evidenciada no seguinte enunciado: *Não é porque um acha que tem que pôr no CPAP, o outro acha que tem que intubar, então eu acho que tem que ser e vai ser dessa forma porque a minha autoridade é maior aqui dentro. Então isso me angustia muito quando eu vejo essas situações, isso é muito freqüente. Acho que prejudica muito essa questão do cuidado integral ao recém-nascido* (F2).

A análise dos dados revela que a construção de um cuidado de integral e de qualidade requer que os profissionais dialoguem para negociar, permanentemente, as decisões sobre a assistência. Com isso

torna-se necessário reconhecer a fala e o trabalho de todos os envolvidos na assistência neonatal. Isso nos remete a pensar nas relações de poder e hierarquia presentes na produção do cuidado ao recém-nascido, visto que os dados mostraram que a produção dos discursos é assimétrica.

As diferentes posições discursivas fazem parte da produção dos sentidos⁽⁵⁾. Entretanto, as assimetrias discursivas não devem revelar disputas de espaços ou poder, e sim uma potencialidade de negociação permanente, com uma lógica assistencial voltada para o recém-nascido e sua família, e não centrada nos profissionais.

A relação simbólica de poder entre sujeitos que dialogam está associada à polifonia presente no cotidiano das ações em saúde⁽⁵⁾. Devemos considerar que nossa sociedade é fortemente concentradora, e que assim como se concentram a economia, a política, a cultura, a terra e os meios de produção, também o direito de falar e de ser ouvido é desigualmente distribuído.

Avançando nesta análise, indicamos que o senso de aceitabilidade da fala que se tem na prática exerce coerção sobre o discurso, neste âmbito entra a questão da competência ou distinções sociais que se exercem no domínio da fala. A produção discursiva é exercida desigualmente. É monopolizada por alguns, outros são despossuídos, em graus variados, e essas desigualdades se manifestam nas trocas cotidianas. A língua não é um tesouro comum, mas um artefato histórico, o produto de um trabalho social e contextualizado operado pelos agentes em situação de concorrência⁽⁹⁾.

Com esta reflexão, e a partir da realidade investigada, ficou evidente que na construção dialógica do cuidado existem as produções assimétricas dos discursos e isso impõe a necessidade de negociações diárias através de espaços de interlocução para que os distintos saberes e experiências se configurem numa perspectiva usuário-centrada.

É pertinente neste sentido o reconhecimento de que o ambiente de trabalho é constituído de espaços

físicos e sociais. No que se refere à ambiência social, estabelecer relações interpessoais alicerçadas no autoconhecimento e no conhecimento do outro podem ser mecanismos que promovam qualidade de vida no trabalho. É preciso refletir sobre a possibilidade de ver o outro em seus direitos, singularidades e desenvolver a abertura para a escuta e o diálogo⁽¹⁰⁾.

Criar espaços de interlocução nas ações em saúde é um objeto estratégico. Alguns grupos profissionais tendem a manter a ordem discursiva de modo a continuar ocupando uma posição de poder, e as estratégias dos demais grupos tendem a permitir uma melhor posição na escala do poder discursivo — ou seja, um melhor lugar de interlocução. É preciso desenvolver metodologias de escuta e de percepção dessa topografia da comunicação presente na área da saúde e aprender a cartografar as vozes de onde elas emanam, para que a descentralização do discurso seja uma condição de escuta e de democracia⁽¹¹⁾.

Inferimos também que esses encontros dialógicos devem ser pautados pela ética do compromisso com a vida e expressos em ato, nas dimensões assistenciais do trabalho vivo em saúde. Com essa premissa, os encontros serão espaços oportunos para acolher, construir vínculos e graus de autonomia no modo das pessoas andarem a vida⁽¹²⁾.

Outra evidência dos discursos e observações foi que a permanência dos pais na UTIN revelou como se configuram as relações dialógicas entre eles e os profissionais. Essa comunicação acontece na maioria das vezes pela necessidade dos pais terem notícias do filho.

Ficou evidente que a dificuldade de acesso dos pais, principalmente ao profissional médico, designado para dar informações como pode ser confirmado pelo seguinte enunciado: *não percebo um acesso direto com o médico, elas (mães) questionam muito: eu não vi o médico! O médico vai passar notícia?* (F1).

A maneira como a comunicação é estabelecida entre usuários e equipe também foi apontada pelos

participantes da pesquisa. Entender o que o profissional está falando, conseguir estabelecer vínculos e receber uma notícia coerente com a singularidade do recém-nascido são apontados como estratégias para garantir um processo de comunicação adequado uma vez que *os pais não gostam de receber a notícia, gostam de receber uma notícia, um tipo de comunicação também na hora da notícia* (A2).

Essa idéia da necessidade do entendimento dialógico entre profissionais e pais pode ser exemplificada com o seguinte enunciado: *Um dia desses, eu vi uma passagem de notícia pela primeira vez pra mãe e o profissional falou: então nós vamos iniciar a dieta, terminou a fala, aí a mãe não falou nada. A senhora tem alguma dúvida? A mãe: não. E foi embora. Eu fiquei assim: ela sabe o que é dieta? Ela vai achar que o menino dela não vai comer nada. Vai ter que voltar lá e falar. Ela voltou lá e falou: Olha, dieta, seu bebê vai receber leite e tal. Então é comunicação e proximidade* (B2).

Os profissionais expressam e confirmamos nas observações que o diálogo entre os profissionais e os pais contribui para diminuir a ansiedade dos familiares, permite ao profissional trabalhar com mais tranquilidade, pois diminui os questionamentos e é, ao mesmo tempo, um direito dos pais obter informações e participar das decisões acerca do cuidado com o recém-nascido. O seguinte enunciado revela essa evidência: *Às vezes também você percebe que tem uma mãe que fica ali perguntando, perguntando, te incomodando e tal, mas não tem ninguém que explique aquilo tim tim por tim tim. Porque, engraçado, a partir do momento, é lógico que você não consegue explicar tudo e nem ela vai conseguir pegar tudo, mas a partir do momento que você explica para ela o porquê daquilo, por que você está fazendo, ela te deixa, ela me deixa* (D1).

Durante as observações identificamos que a permanência dos pais na UTI é minimamente utilizada pelos profissionais como um momento de interação dialógica. Ficou evidente a necessidade de uma aproximação entre pais e profissionais, de modo a permitir um entendimento adequado das informações e tornar

o período de internação do recém-nascido menos angustiante para a família.

Considerando essas relações assimétricas de produção dos discursos e pensando em estratégias favoráveis de reversão da assistência para centralidade nos usuários e não nos profissionais, devemos entender que além de espaços democráticos é preciso repensar a permanência dos pais na UTIN.

A permanência dos pais na UTIN é um avanço para a construção da integralidade do cuidado. Entretanto, o estudo revelou que há necessidade de explorar o significado dessa permanência para os pais, que se sentem estrangeiros, e para os profissionais, que não compreendem como lidar com essa presença.

Durante a internação do recém-nascido, os sentimentos dos familiares são permeados pelo medo do desconhecido, como a utilização de recursos tecnológicos, muitas vezes invasivos, linguagem técnica e rebuscada, pela apreensão de conviver em um ambiente estranho, além da preocupação com a integridade física do bebê, em decorrência do processo patológico⁽¹³⁾.

Pesquisadores afirmam que dentro da UTIN deve haver uma interação entre os profissionais de saúde e destes com a família, propiciando assim, um ambiente humanizado, pois, estes experimentam sentimentos que muitas vezes não conseguem superar sozinhos, levando-os freqüentemente à insegurança e à angústia diante de uma situação delicada⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Para a permanência dos pais na unidade, mostra-se necessário o estabelecimento de diálogos que possam incluir, de alguma forma, os pais nas decisões acerca da assistência e assim tornar essa convivência uma aliada na construção de ações integrais ao recém-nascido.

Pesquisadores têm apontado que a comunicação é um dos importantes aspectos do cuidado que vislumbra uma melhor assistência ao cliente e à família que vivencia ansiedade e estresse, especialmente em caso de longos períodos de internação. Nessa relação interpessoal entre profissionais e os pais do

neonato, deve-se desenvolver uma interação efetiva, promover sua participação no tratamento e recuperação da saúde do filho internado, na tentativa de buscar qualidade de vida no âmbito familiar⁽¹⁶⁾.

É pertinente reconhecer que a presença constante junto ao filho tranquiliza os pais, pela possibilidade de atenderem às necessidades afetivas do filho e participar do cuidado. Em estudo desenvolvido na maternidade que foi cenário desta pesquisa, concluiu-se que, durante a permanência na UTIN, as mães compreendem que seu amor pelo filho e o entendimento que possuem sobre suas necessidades distinguem o cuidado realizado por elas daquele que qualquer pessoa da equipe pode oferecer⁽¹⁷⁾.

Outro estudo, desenvolvido no ambiente da unidade de terapia intensiva neonatal, revelou que a equipe de profissionais, ao estimular o contato da mãe com filho, favorece o vínculo mãe-bebê, essencial ao desenvolvimento psíquico da criança⁽¹⁸⁾.

Podemos inferir que essa fragilidade na interação dialógica da equipe com os pais tem como uma de suas conseqüências a insegurança dos pais de retornarem para suas casas. O retorno ao domicílio implica em assumir o cuidado com o seu filho e isso para os pais não é um processo fácil, considerando que o recém-nascido prematuro passa por um longo período de internação e vivencia agravos e vulnerabilidades inerentes à prematuridade.

Ao identificar a potencialidade da comunicação, diante da construção de ações integrais em saúde, é pertinente revelar que os profissionais apontaram a necessidade de se pensar espaços que viabilizem as interações, trocas, conversas e decisões compartilhadas e cotidianas sobre a assistência neonatal. Isso pode ser percebido no seguinte discurso: *Tem algumas coisas que eu percebo dessa comunicação, acho que seriam: a sensibilidade das pessoas de comunicar e o espaço para que ela aconteça* (D2).

Diante da discussão da construção da integralidade do cuidado neonatal uma participante pondera que no cenário investigado *não tem um espaço de con-*

versa, onde você conhece aquela criança com o que ela vem, isso prá mim é integralidade (A1).

Na concepção dos sujeitos da pesquisa, esse espaço seria uma estratégia de encontro entre profissionais e pais e, permitiria o planejamento coletivo das ações. Essas conversas ampliariam o olhar sobre a assistência, a partir da troca de experiências e saberes, e facilitariam as ações de cuidado. Para a construção desses espaços, os profissionais afirmam que é necessário uma pausa (tempo), cotidiana, no processo de trabalho que irá refletir diretamente na continuidade do cuidado.

Os discursos apontam que o espaço, para o exercício cotidiano da comunicação, é uma estratégia e um movimento que contribui para a construção da integralidade. Foi evidenciado que esses espaços precisam ser multiprofissionais, democráticos e com as decisões centradas no recém-nascido. Isso pode ser confirmado pelo discurso que se segue: *Nesse espaço de comunicação onde pode está entrando psicologia, terapia ocupacional, serviço social, fonoaudiologia, fisioterapia, mais cinco categorias, mostra a importância desses múltiplos olhares, como é que isso enriquece a assistência, além de enriquecer facilita o entendimento e, se facilita o entendimento facilita a ação e no final favorece a qualidade do cuidado pro recém-nascido* (E2).

Avançando nessa discussão e apontando para construção de ações integrais um sujeito do estudo pondera que além da participação profissional, nesses espaços, é pertinente a inclusão dos pais, como pode ser confirmado a seguir: *E a gente vê que para esses espaços de construção da integralidade é necessária a relação multiprofissional, cada um, cada saber, um objetivo comum, inclusive a opinião que a gente não está colocando aqui que é a da mãe, mas dentro da hierarquia entram os pais, e acontece da mãe falar e o profissional fala assim: quem é você que nem é da área para poder tá falando* (E2).

Para os sujeitos da pesquisa, pensar a construção desses espaços implica em um compromisso dos profissionais com uma assistência de qualidade, que requer sensibilidade para reconhecer o trabalho e a

fala dos atores presentes (mãe/pai/profissionais) no cotidiano do cuidado neonatal.

A comunicação, os espaços de encontro para negociações e planejamentos e a participação dos pais nas decisões acerca do cuidado foram apontados nesta pesquisa como instrumentos potenciais de ações integrais em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que apenas reconhecer a comunicação como um instrumento importante no agir em saúde não é suficiente. Assim, percebemos que há necessidade de construção de espaços para o exercício da comunicação no cotidiano do cuidado com o recém-nascido. Esse espaço seria uma estratégia para proporcionar o encontro multiprofissional e o planejamento da assistência.

Ficou evidente ainda que um movimento de abertura e de flexibilidade para aceitar e entender que os pais são fundamentais no processo de cuidado ao recém-nascido, torna-se urgente no cenário estudado. Esse movimento deverá considerar que não existe construção da integralidade quando uma “voz”, presente no cotidiano da assistência, é excluída da produção do cuidado.

As relações de poder são intrínsecas à produção dos discursos no cotidiano do cuidado ao recém-nascido de risco e isso revela que é oportuno repensar o gerenciamento do cuidado para que ele possa ser inclusivo, participativo, dialógico, democrático e contínuo e assim favorecer a construção de cuidados integrais aos recém-nascidos e suas famílias.

Assim, apontamos que o processo de comunicação interpessoal é um instrumento que permite reconfigurar saberes e práticas em saúde. Esse indicativo tem sentido a partir do momento em que se concebe a **comunicação** como um instrumento que torna **comuns** idéias, conhecimentos, experiências e práticas, para uma nova **ação**.

REFERÊNCIAS

1. Scochi CGS. A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.
2. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(5):1411-6.
3. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 39-64.
4. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS — uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):335-42.
5. Araújo IS. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2004; 14:165-77.
6. Deslandes SF, Assis SG. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo MCS, Deslandes SF. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 195-223.
7. Freitas MTA. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. *Cad Pesq*. 2002; 116:21-39.
8. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto Enferm*. 2006; 15(4):678-84.
9. Bourdieu P. O poder simbólico. Lisboa: Difel; 1989.
10. Fontana, RT. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. *Rev Rene*. 2010; 11(1):200-7.
11. Araújo IS, Cardoso J. Circulação polifônica: comunicação e integralidade na saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; 2005. p. 239-51.
12. Malta DC, Merhy EE. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. *REME Rev Min Enferm*. 2003; 7(1):61-6.
13. Souto KC, Cardoso MVLML, Oliveira MMC. Sentimentos do ser pai de recém-nascido prematuro. *Rev Rene*. 2006; 7(3):49-55.
14. Oliveira OS, Nóbrega MML, Silva AT, Ferreira Filha MO. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. *Rev Eletron Enferm [periódico na Internet]* 2005 [citado 2010 jun 16]; 7(1):54-63. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/original_05.htm.
15. Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2006; 6(1):47-57.
16. Oliveira MMCO, Barbosa AL, Galvão MTG, Cardoso MVLML. Tecnologia, ambiente e interações na promoção da saúde ao recém-nascido e sua família. *Rev Rene*. 2009; 10(3):44-52.
17. Dittz ES, Mota JAC, Sena RR. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2008; 8(1):75-81.
18. Farias LM, Cardoso MVLM, Silveira IP, Fernandes AFC. Comunicação proxêmica entre mãe e recém-nascido de risco na unidade neonatal. *Rev Rene*. 2009; 10(2):52-7.

RECEBIDO: 03/08/2010

ACEITO: 18/10/2010